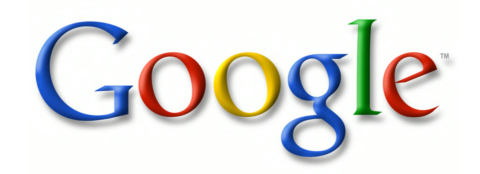
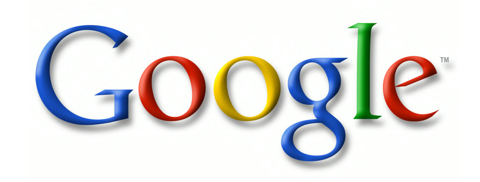
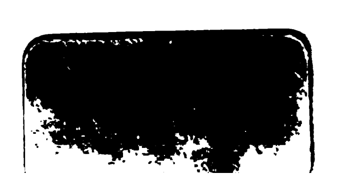

Google


Google


600044403L







HISTOIRE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

DU MÊME AUTEUR :

De l'emphysème traumatique primitif.

Observations sur des enfants monstrueux, avec une note sur un tœnia solium.

Des affections miasmatiques à Châtelet et dans les environs et plus spécialement de l'épidémie de 1866 (choléra et suette). Mémoire auquel l'Académie royale de médecine de Belgique a décerné une médaille d'or de 300 francs, au concours de 1867.

L'ouvrier houilleur. Discours prononcé en la séance du 26 juin 1869, de l'Académie royale de médecine de Belgique, dans la discussion sur l'emploi des femmes dans les travaux souterrains des mines.

Du rétrécissement végétant ou polypeux du canal de l'urèthre considéré chez l'homme et chez la femme, avec une note sur le rétrécissement variqueux du même organe.

HISTOIRE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

ENVISAGÉE SURTOUT AU POINT DE VUE

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

AVEC

UN ATLAS DE 24 PLANCHES RENFERMANT 112 FIGURES

PAR

LOUIS GALLEZ,
Docteur en médecine, chirurgie et accouchements à Châtelet,
Médecin-chirurgien de l'Hôtel-Dieu de cette ville,
Lauréat (concours de 1867 et concours de 1863-70), et correspondant de l'Académie
royale de médecine de Belgique, etc., etc.

« En chirurgie, les faibles lueurs précèdent toujours les grandes lumières, et c'est par des nuances insensibles qu'elle tend à son perfectionnement. »
(RICHERAND, *Nosogr. chir.*, t. I, 4e éd. Paris, 1815, XXXV.)

MÉMOIRE

Couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique, au concours de 1868-1870, sur la question suivante :

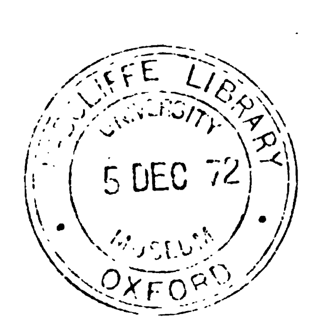
« Faire l'histoire des kystes de l'ovaire en insistant sur leur diagnostic différentiel et le traitement qui convient à chaque espèce de kyste. »

BRUXELLES,
HENRI MANCEAUX, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE,
RUE DES TROIS-TÊTES, 8 (MONTAGNE DE LA COUR).

Paris,	Londres,	Amsterdam,	Milan,	Madrid,
J.-B. BAILLIÈRE et FILS,	H. BAILLIÈRE,	VAN BAKKENES et Cie,	DUMOLARD, FRÈRES,	C. BAILLY-BAILLIÈRE,
Rue Hautefeuille, 19.	King William Street, 20.	Heerengracht bij den Wolvenstraat.	Corso-Vitt-Emanuele, 21.	Plaza de Topete, 8.

New-York. — BAILLIÈRE BROTHERS, West Fourth Street, 12.

1873


RADCLIFFE LIBRARY
UNIVERSITY
5 DEC 72
MUSEUM
OXFORD

AVANT-PROPOS.

Il y a dix ou douze ans à peine, les chirurgiens les plus autorisés se bornaient à constater par une ponction la nature du contenu des kystes dont ils avaient reconnu la présence dans l'ovairè. Si ce contenu était séreux, aqueux, semblable à celui de l'hydrocèle, n'offrant pas la moindre viscosité, ils en essayaient la cure radicale par les injections irritantes : si au contraire, le kyste était reconnu albumineux, gélatiniforme, ils fermaient la plaie, recommandaient quelques précautions, quelques palliatifs et abandonnaient littéralement à son sort la malheureuse affligée d'un mal considéré comme incurable (1). A cette époque néanmoins, le bruit d'une opération hardie, entreprise comme ressource suprême de malades fatalement vouées à la mort et couronnée d'un plein succès nous était venu de l'Amérique : pratiquée ensuite de nombreuses fois en Angleterre avec des résultats divers, essayée en France dans des conditions peu propres à la faire accepter, l'*ovariotomie* avait déjà été le sujet de vives discussions dans les sociétés chirurgicales et obstétricales de Londres, et jusque-là les chirurgiens anglais continuaient, les uns à défendre avec conviction, les autres à attaquer avec la plus grande violence une opération qui n'avait pas été suffisamment étudiée encore. Une discussion solennelle, soulevée à

(1) NÉLATON. *Leçons orales de clinique chirurgicale*. Hôpital des cliniques. 6 avril 1857.

l'Académie impériale de médecine de Paris, en 1856, à propos d'une communication de M. Barth, avait paru donner le dernier coup à l'opération américaine: on fut tenté, d'après le conseil de Velpeau, de la reléguer parmi les témérités chirurgicales auxquelles nous ont habitués les praticiens du nouveau continent. En Allemagne, des insuccès nombreux l'avaient fait complètement abandonner. Les brillantes opérations de Spencer Wells qui débuta en 1858, celles de son émule B. Brown ; les essais, puis les succès de Stilling, Nusbaum, Martin, etc., en Allemagne; le voyage que Nélaton fit à Londres et dont il revint enthousiasmé pour l'ovariotomie, les leçons cliniques de cet éminent chirurgien, le travail remarquable de J. Worms et par-dessus tout la série de succès de Kœberlé, de Péan, de Boinet et de bien d'autres aujourd'hui, finirent par avoir raison de l'opposition quasi-systématique que l'ovariotomie avait rencontrée chez des chirurgiens dont l'autorité contrebalançait les progrès de la science à cet égard, et par la faire accepter comme la conquête la plus brillante de la chirurgie moderne.

Ces longs et sérieux débats, engagés entre des hommes également éminents, avaient attiré l'attention des savants et des cliniciens sur l'histoire d'une affection trop négligée jusqu'alors : les conditions de l'ovariotomie exigeant des indications nettement posées et un diagnostic des plus rigoureux, de nombreux travaux se succédèrent rapidement en Angleterre notamment, puis en Allemagne et en France : ils s'efforçaient d'élucider certains points demeurés obscurs dans l'histoire des kystes de l'ovaire et d'augmenter les ressources du chirurgien mis en demeure de porter remède à une aussi effroyable affection. Or, jusqu'ici tous ou presque tous les auteurs du peu d'ouvrages d'ensemble qui ont paru sur ce sujet, obéissent à des idées et à des jugements préconçus. Il leur est difficile de demeurer impartiaux dans une question où ils sont à la fois juges et partie : ainsi jugeons-nous des travaux de Clay, S. Wells, B. Brown, etc., en Angleterre; Schuh (interprète des opinions de Langenbeck), Martin, Stilling en Allemagne ; Kœberlé, Boinet, Péan, etc., en France. D'un autre

côté, peu d'entre eux ont embrassé la question dans son ensemble, s'attachant à certains points de leur prédilection pour en négliger complètement d'autres non moins essentiels en pratique.

Le moment était donc venu de jeter enfin un regard en arrière sur le chemin parcouru, de réunir, étudier et condenser les nombreux matériaux accumulés par le feu des discussions, la froide inquisition des savants et la pratique des hardis pionniers de la chirurgie militante, de peser consciencieusement les arguments et les éléments apportés par chacun et d'en constituer un tout qui représentât l'état de la science au sujet de cette question, devenue aujourd'hui la plus importante peut-être de la chirurgie.

C'est ce besoin qu'a compris l'Académie royale de médecine de Belgique en posant la question à laquelle nous essayons de répondre : « Faire l'histoire des kystes de l'ovaire, en insistant sur leur diagnostic différentiel et le traitement qui convient à chaque espèce de kyste. »

La tâche était lourde et exigeait des aptitudes que, modeste praticien, je ne puis guère avoir la présomption de réunir. La grandeur de l'œuvre cependant m'a tenté : une connaissance suffisante des langues étrangères m'a permis de consulter, outre les ouvrages spéciaux sur la matière, les nombreuses publications périodiques de l'Allemagne et de l'Angleterre, la source la plus riche pour la question qui nous occupe : les travaux publiés en France m'ont été aussi d'un très-grand secours : l'Italie est demeurée pauvre jusqu'ici, quoique pourtant d'éminents chirurgiens de la Péninsule semblent obéir à l'impulsion imprimée par leurs émules des pays que nous venons de citer, et entrer résolument dans la voie qu'ils ont ouverte. Les publications faites en Belgique m'ont également fourni d'importants matériaux pour certaines questions spéciales.

Arrivé à la fin de l'œuvre que je m'étais imposée pour répondre au vœu de l'Académie, il me reste cependant un regret, c'est que le terme implacable, fixé par les règlements des concours, ne m'ait pas permis de parcourir entièrement le cadre que je m'étais créé : ainsi aurais-je désiré

compléter les belles statistiques de J. Clay et de Negroni, en réunissant d'après les mêmes indications les opérations d'ovariotomie pratiquées depuis les publications de ces auteurs. Je dois laisser ce travail inachevé ainsi que le chapitre consacré à une bibliographie, aussi complète que possible, destinée à diriger les recherches des personnes désireuses d'approfondir ce sujet intéressant (1). Si l'Académie juge avec indulgence ce travail, je me ferai un devoir de suivre scrupuleusement les conseils qui pourraient m'être donnés pour les compléments ou les modifications à apporter à mon œuvre. J'ai pensé aussi qu'il serait utile de réunir en un atlas les meilleures figures que j'ai rencontrées dans les auteurs, à l'effet de rendre plus saisissants des détails pratiques que ne peuvent rendre avec fidélité les descriptions les plus minutieuses.

29 décembre 1869.

(1) J'ai comblé en partie cette lacune par l'index bibliographique qu'on trouvera à la fin du volume.

HISTOIRE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

DÉFINITION.

Envisagé au point de vue le plus général, le *kyste* (1) *de l'ovaire* consiste en une production kysteuse accidentelle, susceptible d'un accroissement indéfini, contenant dans son intérieur des substances très-variables, depuis la sérosité limpide jusqu'aux solides les plus résistants de l'économie tels que : des os, des dents, des poils, etc.; libre de toutes parts comme l'ovaire aux dépens duquel elle est formée, ne communiquant avec l'individu porteur que par un pédicule vasculaire, pourvue elle-même d'un système vasculaire de nouvelle formation, vivant d'une vie propre bornée à l'exhalation, à l'absorption et à la nutrition, vie parasitaire indépendante de la vie générale.

Cette définition un peu longue que nous empruntons en très-grande partie à Cruveilhier (2), démontre le vague dans lequel se trouve encore la science à propos de la véritable nature de ces tumeurs.

(1) De κύστις, poche ou vessie.

(2) Acad. imp. de méd. de Paris, 1856, séance du 4 novembre.

V. aussi HERRERA VEGAS. *Etude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotome*. Paris 1864, p. 11.

SYNONYMIE.

Hydrops ovarium. Hydrops saccatus ovarii. Hydroarion (Ploucquet).

Sarcoma cysticum (Burns).

Encysted tumour of the ovarian (Anglais).

Wassersucht des Eierstocks. Eierstock-Cysten. Cystovarium. Ovarialcyste. Ovariencyste. Ovariumcyste (Allemagne).

Idrope dell' ovaji. Idrocistovario (Italie).

Hydroophorie (Boivin et Dugès).

Hydrovarie (Labalbary).

Kyste hydropique (Velpeau).

Hydropisie de l'ovaire (Baker-Brown).

Hydropisie enkystée (Nélaton).

Kyste de l'ovaire (Vidal de Cassis).

Il est une variété de kystes de l'ovaire qui ne nous occupera que d'une manière tout à fait secondaire : c'est le *kyste pileux, le kyste fœtal.*

La *grossesse ovarienne* constituant un véritable kyste renfermant le produit de la conception, rentre moins encore dans le sujet que nous entreprenons de traiter.

TITRE PREMIER. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CHAPITRE PREMIER.

GENÈSE KYSTIQUE.

> Les kystes de l'ovaire sont des affections que l'anatomie pathologique a plus éclairées de son flambeau que la pathologie elle-même.
>
> (Aran. *Leç. clin. sur les mal. de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1858, p. 1049.)

1. Aran déplore l'impuissance de la science actuelle de séparer les divers kystes d'après leur origine : « Les auteurs, dit-il, rapprochent des altérations très-différentes, par cela seul que les tumeurs renferment un liquide, et qu'elles ont pour enveloppe une sorte de kyste. Il y a là, ajoute-t-il, ignorance du caractère de puissance formatrice qui appartient à l'ovaire

dont la vie se traduit précisément par la formation incessante, pendant la plus grande partie de l'activité sexuelle de la femme, de petites cavités closes destinées à loger les ovules au fur et à mesure qu'ils se développent. »

Il est de fait que lorsqu'on consulte à cet égard les travaux si remarquables d'ailleurs de nos plus célèbres anatomo-pathologistes, parmi lesquels se rangent en première ligne, pour le sujet qui nous occupe : Cruveilhier, Rokitanski, Virchow, Kiwisch, on est bien forcé de s'avouer qu'aucun d'eux n'a jusqu'ici pu éclairer suffisamment la question, et d'admettre avec Boinet (1) que la formation des kystes ovariques échappe à toute investigation à leur début, et qu'on en est réduit à des hypothèses plus ou moins fondées.

2. Les anciens avaient différentes hypothèses pour expliquer la formation des hydropisies enkystées et des hydatides ou vésicules pleines d'eau qu'ils confondaient du reste presque toujours.

1° Pour les uns c'étaient des vaisseaux lymphatiques distendus.

2° Quelques-uns admettaient que les vaisseaux sanguins eux-mêmes dégénéraient en hydatides (2).

3° Les membranes des hydatides sont formées par l'attraction réciproque d'un fluide extravasé, tel qu'on l'observe ordinairement dans l'hydropisie, telle était l'explication dont se contentaient certains autres.

4° Ces vésicules se forment dans le tissu cellulaire des différentes parties du corps ; elles y demeurent ensuite adhérentes ou s'en détachent.

5° Il y a distension des follicules glanduleux, causée par l'obstruction de leurs excrétoires et par la collection de l'humeur qui doit se filtrer naturellement de ces organes. Cette dernière théorie expliquait difficilement la présence des hydatides dans des parties où il y a impossibilité de trouver une glande comme dans le placenta, par exemple : Nous l'avons dit, les anciens auteurs ne faisaient pas la distinction entre les kystes hydropiques et les hydatides (3).

(1) *Traité pratique des maladies des ovaires et de leur traitement.* Paris, 1867, p. 77.

(2) Ruysch. *Advers. Anat.*, déc. 2, p. 24 et Thes. 1. § 2. n. p.

(3) V. Monro. *Essai sur l'hydropisie et ses différentes espèces*, traduction sur la 2e édition. Paris, 1760, pp. 180 et 185. Notes.

6° Citons encore, à titre de curiosité, l'étrange explication donnée à propos d'une observation communiquée à Schenckius, par Hieron Faber, médecin du duc de Bavière, et où il est évidemment question d'un kyste multiloculaire : « *Per zonas distinctus similis plane fructui qui malum aureum seu Tumathæ Indorum appellatur..... apertus novacula ille tumor evomuit materiam albam, tenacem et glutinis instar concretam, ex spermate fortè eo loci attracto, coagulatoque genitus* » (1).

3. Ledran voulait que l'hydropisie succède toujours à un squirrhe de l'ovaire (2). Delpech admettait que ce sont des kystes de nouvelle formation se développant de toutes pièces dans l'organisme et *probablement* sous l'influence d'un état cancéreux (3). Cruveilhier partage cette manière de voir pour les kystes multiloculaires, aréolaires (4).

4. Burns nie complètement cette origine (5). Le célèbre accoucheur anglais, en s'appuyant sur ce fait qu'il n'y a pas augmentation de sécrétion ni d'une exhalation séreuse, combat le terme d'*hydropisie* de l'ovaire : il s'agit, dit-il, de ce qu'on a appelé à tort peut-être *kyste sarcomateux*. Cette tumeur est produite par une altération dans la structure des tissus et par la formation de plusieurs kystes qui renferment un fluide quelquefois aqueux, généralement visqueux, traversé par des fibres celluleuses ou par une substance indurée en masse plus ou moins considérable (6). L'hydropisie ovarienne ne serait donc que le symptôme d'une altération organique de l'organe.

5. L'opinion presque générale autrefois attribuait la formation des kystes à une altération dont le point de départ serait l'inflammation de la muqueuse des vésicules de de Graaf avec leur dilatation par hydropisie de

(1) *Observ. medic. rar., novar., admirab. et monstrosar.* lib. IV, *De partib. genit. utriusque, sexus*, etc. *Joan. Schenckii.* A. Grafenberg, Friburgi, Brisgoiæ. Anno CIↃ. IↃ. XCVI iib IIII. p. 564, obs. CCXX.

(2) *Hydropisie enkystée attaquée par une opération. Mémoires de l'Académie de chirurgie.* Paris, 1753, t. II, p. 440.

(3) *Clinique chirurgicale de Montpellier*, t. II, p. 214.

(4) V. Velpeau. *Dictionnaire de médecine de l'Encyclog. des sciences médicales*, p. 305.

(5) V. F. Churchill. *Traité prat. des malad. des femmes*, etc., trad. Wieland et Dubrisay. Paris, 1866, p. 603.

(6) Burns. *The Principles of midwifery*, dixième édition. Londres, 1843, p. 150.

ces petits sacs que Cazeaux appelait ***kystes ovariques en miniature*** (1).

De Graaf (2), Logger (3), Seymour (4), Dugès et Boivin (5), Negrier (6), Velpeau (7), Cruveilhier, Hirtz, Huguier (8), Boinet (9), Piorry (10), Baker Brown (11), Hodgkin (12), A. Farre (13), Paget (14), Scanzoni, etc., partagent cette opinion que le kyste de l'ovaire consiste dans l'hydropisie simple ou compliquée des vésicules de de Graaf (15).

Piorry s'explique de cette façon, la plus grande fréquence des kystes dans les ovaires que dans les autres organes.

(1) *Des kystes de l'ovaire*. Thèse pour l'agrégation. Paris, 1844.

(2) *De mul. organis*, p. 160.

(3) *Specim. de ovar. morb.*, p. 5.

(4) *On diseases of the ovaria*, pages 43, 44, 45. *Illustrations of the principal diseases of ovaria.*

(5) *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1833, pages 227, 229.

(6) *Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires de l'espèce humaine*, p. 65.

(7) *Dict. de méd.* cité, p. 305.

(8) Cités dans la thèse Herrera-Vegas, note *Ordónez*, p. 30.

(9) *Loc. cit.*

(10) *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 511, et Discours de Piorry à l'Académie impériale de médecine, séance du 28 octobre 1856.

(11) *De l'hydropisie de l'ovaire, sa nature, son diagnostic et son traitement, résultat de trente années d'expérience*. Analyse d'O. Max, in *Journal de médecine et de chirurgie de la Soc. des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, t. XL, p. 481.

(12) *On the anatomical caracters of some advertitions structures. Med. chir. Transact.* London, 1829, vol. XV, part. II, p. 275.

(13) *Cyclopædia of anat. and phys. uterus and its appendages*. London, 1859.

(14) *Surg. Patholog.* vol. II, p. 26 et suivantes.

(15) Pour l'origine des vésicules de Graaf et le travail qui s'y fait, voyez Pflüger (de Bonn) : *Ueber die Eierstöcke der Saugethiere und der Menschen*. Leipzig, 1863.

Dans un cas d'extirpation des deux ovaires (Kœberlé, *Opérations d'ovariotomie*. Paris, 1865, obs. VII, p. 110), les règles reparurent quarante-huit heures après l'opération. A l'examen des tumeurs, Kœberlé trouva sur l'ovaire droit (le moins malade) deux saillies de couleur foncée correspondant à des follicules de de Graaf remplis de caillots sanguins récents. L'une d'elles contenait un coagulum en voie de formation du corps jaune et datant de la dernière époque menstruelle, antérieure à l'opération : l'autre, située sur l'extrémité interne de l'ovaire, contenait un caillot tout frais d'un rouge foncé, sans traces de décoloration et devant remonter au plus à un jour : ce caillot correspondait à un follicule de de Graaf dont la rupture a eu pour conséquence l'apparition des règles quarante-huit heures après l'opération : l'apparition des règles ne précède donc pas l'acheminement de l'œuf, mais peut être provoquée seulement au bout de deux à trois jours après la chute de l'œuf, probablement par la présence de ce dernier dans la cavité utérine.

Les règles reparurent du deuxième au troisième jour dans le cas d'ovariotomie double qui fait l'objet de l'observation VIII (*loc. cit.*, p. 120).

« Il y a des cas, dit Kiwisch (1) dans lesquels il ne peut y avoir de doutes sur ce mode d'origine, puisque dans le même ovaire nous voyons des follicules qui présentent une augmentation progressive, puis d'autres qui conservent encore leur volume normal. »

Rokitanski (2) a reconnu un œuf dans toutes les vésicules d'un kyste multiple qui n'avaient pas dépassé la grosseur d'un haricot. Il a été le seul à le constater (3) et d'ailleurs comme l'observe Boinet (4) la description qu'il en donne jette beaucoup de doutes sur la réalité du fait.

Gendrin (5) regarde aussi le kyste comme une exagération, une véritable hypertrophie de l'état vésiculaire de l'ovaire se développant sous l'influence d'un travail phlegmasique de l'organe.

Logger (6) en faisant cuire un ovaire, remarqua que le liquide de certaines vésicules ne se coagule pas : il en est de même pour le liquide des vésicules hydatiques pédiculées de l'ovaire : pour l'auteur ce sont des vésicules de de Graaf déjà malades et irritées par une fécondation insuffisante ; les vésicules hydatiques sont des ovules imparfaitement séparés de l'ovaire à la suite d'une excitation voluptueuse avec ou sans coït.

Cruveilhier, Seymour et d'autres partagent cette opinion en partie : l'auteur anglais fait remarquer (7) qu'on retrouve chez les oiseaux domestiques des altérations ovariques analogues. Dans une série de faits, Cruveilhier a pu suivre l'évolution de ces tumeurs depuis le volume d'une cerise jusqu'à leur développement le plus complet : pour cet anatomo-pathologiste éminent c'est bien dans l'épaisseur de l'ovaire et dans sa membrane que se développent les kystes ovariques (Pl. I, fig. 1, 2).

(1) Sigismond Laskowski. *Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical*. Paris, 1867, p. 10. Herrera-Vegas, *loc. cit.* p. 29, note.

(2) *Wiener Wochenblatt*, 1855, n° 1. Scanzoni. *Lehrbuch der Krankheiten der weibl. sex. org.* in-8° Wien, 1857, S. 354. Virchow. *Die krankh. geschw.* I, S. 259.

(3) Scanzoni (F. W.). *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduction Dor et Socin. Paris, 1858, pp. 345, 356.

(4) *Loc. cit.*, p. 68.

(5) *Gaz. des hôpitaux*, 1840, n° 44.

(6) *Loc. cit.*, p. 5.

(7) *Loc. cit.*, pp. 43, 44, 45.

Mais comme le font remarquer Boivin et Dugès (1), ces vésicules hydatiques sont quelquefois appendues ailleurs qu'à l'ovaire : quand le pédicule est court, épais ou nul, on pourrait croire qu'elles ont d'abord été enfermées dans l'ovaire (2). Quant aux vésicules séreuses contenues dans l'ovaire lui-même, il est bon d'observer que dans certains kystes multiloculaires le nombre de kystes dépasse et de beaucoup le nombre de vésicules existant naturellement dans un ovaire sain.

Jobert (3) n'est pas éloigné d'admettre qu'il pourrait y avoir défaut d'équilibre entre l'absorption et l'exhalation des vésicules au nombre de vingt, cinquante et plus, les unes profondes et les autres superficielles et renfermant un liquide transparent (on a même dit des corps flottants) : « du reste, dit-il, quand le kyste est mobile on retrouve toujours dans son « organisation les éléments des vésicules. »

Dans un excellent résumé sur l'ovariotomie, publié en 1856 par C. Bernard (4), l'auteur rappelle que les ovaires doivent être considérés comme composés d'un tissu cellulaire abondant servant de gangue aux vésicules de de Graaf : ces dernières avec l'âge prennent un grand accroissement, et à partir de la puberté se développent et se rompent successivement chaque mois pour émettre un ovule. En ce moment elles constituent des kystes en miniature qui peuvent fort bien, sous certaines influences morbides difficiles à apprécier, persister au lieu de s'ouvrir et se changer en kyste véritable.

La fécondation a-t-elle lieu dans la vésicule ovarique elle-même, il y a tumeur renfermant la totalité ou une partie du fœtus : *kyste fœtal proprement dit;* ou des poils, des dents, des portions d'os : *kyste pileux.* La rupture de la vésicule ayant subi son développement fluxionnaire, est-elle empêchée sans qu'il y ait eu fécondation, la tumeur qui se formera ne renferme que de la sérosité.

La théorie la plus séduisante est celle de Scanzoni (5) qui s'est inspiré

(1) *Loc. cit.*, p. 229.
(2) *Ibid.* atlas, pl 13, fig. 3; pl. 8; pl. 37, fig. 1.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 306.
(4) *De l'ovariotomie. Archives générales de médecine*, 1856, II, 464.
(5) *Loc. citato.*

des idées et des travaux de Virchow. Pour le gynécologue de Wurzbourg, dans le développement des kystes simples, il y aurait hypérémie plus ou moins prolongée des ovaires se communiquant aux parois des vésicules de de Graaf et en amenant l'hypersécrétion. La rupture de la vésicule qui deviendrait inévitable par la distension qu'elle a à subir, est empêchée par son hypertrophie, laquelle se développe sous l'influence de deux causes :

1° D'un vice de conformation particulier à la femme affectée : ainsi, on rencontre, à l'autopsie de femmes stériles, des vésicules qui sont le siége d'hydropisie enkystée, sans que sur les ovaires on puisse trouver aucune trace de rupture de vésicule : les congestions menstruelles régulières qui avaient lieu chez ces femmes n'avaient donc d'autre effet que d'amener l'hypersécrétion de la vésicule, dont la rupture était devenue impossible par l'épaississement anormal de ses parois, d'où aussi stérilité.

2° La congestion et l'hypérémie elles-mêmes provoquent l'hypertrophie vésiculaire ; la congestion menstruelle insuffisante (aménorrhée complète ou menstruation peu abondante et peu régulière) n'est pas poussée au point d'amener la rupture de la vésicule, le liquide hypersécrété se solidifie et amène l'épaississement des parois, d'où amplification de plus en plus considérable de la vésicule à chacune des congestions cataméniales.

Ces phénomènes vrais pour une vésicule peuvent l'être pour plusieurs, comme aussi pour les vésicules des deux ovaires comme d'un seul (1). Ordinairement il en existe un certain nombre ; dans ce cas l'une d'elles se développe outre mesure, ou bien elles ne dépassent pas le volume d'une noisette, d'un haricot ; parfois accolées les unes aux autres, leurs parois peuvent se souder, disparaître et donner lieu à une cavité commune plus considérable (2) ; les parois peuvent être très-minces quand son augmentation a été rapide, elles peuvent offrir une épaisseur de 5 à 6 milli-

(1) Les vésicules embryonnaires, dit Cazeaux (Thèse citée, p. 65), excitées par le travail pathologique de l'une d'elles, peuvent à leur tour le partager et participer à la même affection.

(2) Ce processus est peu connu dans les circonstances qui l'accompagnent, car il se montre parfois à une époque où les kystes ne sont pas plus volumineux qu'une bille de marbre, d'autres fois les cloisons restent intactes, alors que les kystes ont atteint et même dépassé le volume d'une tête d'adulte. (Ch. West. *Leçons sur les maladies des femmes*. Trad. de Ch. Mauriac. Paris, 1870, p. 577.)

mètres, quand il y a eu hypérémie ou congestion répétées. Les vaisseaux artériels mais surtout veineux peuvent, dans ce cas, être très-abondants. Si la dilatation devient brusque, ils peuvent se rompre, se déverser dans la cavité du kyste, et amener dans le liquide les diverses modifications résultant de la transformation du sang.

Les circonstances qui plaident en faveur de cette hypothèse, dit Boinet (1), sont que :

1° Ces kystes sont surtout fréquents de 15 à 40 ans, période de l'activité des organes génitaux.

2° Ils sont plus fréquents chez les vierges, les veuves ou les femmes mariées dont la passion amoureuse n'a pu être satisfaite. Sur 500 femmes affligées de kystes ovariques, Boinet en a trouvé 390 qui n'avaient jamais eu d'enfants.

3° Les ovaires partagent le mode d'excitation des organes génitaux externes, d'où congestion, tuméfaction, engorgement avec leurs conséquences : il y a bien engorgement et phlogose commençante des ovaires à l'approche des règles (2) : si ces excitations sont fréquemment renouvelées, il n'y a rien d'étonnant à ce que des lésions s'ensuivent (3).

Une vésicule altérée peut très-bien suivre les vicissitudes de la vésicule physiologique, c'est-à-dire rester fixée à l'ovaire, tomber dans la trompe de Fallope, dans le péritoine, etc. L'ovule est formé dans l'ovaire des mammifères et spécialement dans celui de la femme avant la fécondation (4) : un ovule non fécondé mais altéré pour l'une ou l'autre cause peut, au moment de la menstruation ou de la fécondation, se séparer de la vési-

(1) *Loc. cit.* p. 72.

(2) Koeberlé a pu se convaincre *de visu* de l'état des organes pendant l'époque cataméniale : il trouva la matrice rouge et fortement congestionnée. Les trompes, dans le même état, étaient comme œdémateuses et les franges de leurs pavillons étalées très-élégamment, mais non appliquées sur l'ovaire ni dirigées vers lui (Ovariotomie pratiquée le 24 septembre 1868, in *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 262).

(3) Voyez des exemples de désordres remarquables amenés dans les ovaires sous l'influence de ces causes dans : Bonet. *Sepulchret. Anat.*, sect. VIII, p. 216. Blancard. *Praxis med.*, p. 175. de Blegny. *Journal de médecine*, t. XXI. Vesale, Riolan, Monget, Diemerbroeck, Rivière, Lieutaud, etc.

(4) Vallisnieri, Santorini, Bertrandi, Brugnone, Cruisckshank, Plagge, Negrier.

cule et aller se développer pathologiquement dans la trompe ou au dehors et donner lieu aux *kystes extra-ovariques*, *tubaires* ou *tubo-ovariens*. L'analogie ainsi déduite est si grande d'ailleurs, qu'on a vu dans quelques cas, le kyste se rompre, et donner issue à son liquide aux époques menstruelles ou dans leurs intervalles, comme cela se fait pour les phénomènes des règles, ainsi que l'a démôntré Plagge (1).

La théorie de Scanzoni n'a du reste la prétention d'expliquer que la formation des *kystes simples,* dits *uniloculaires* et des *kystes multiples*, c'est-à-dire des kystes formés de poches contiguës, situées en plus ou moins grand nombre sur le même ovaire, et dont la soudure avec usure des parois réciproques peut amener la réduction du nombre de loges. Ce sont là les *kystes stériles*, pour les différentier des *kystes composés ou prolifères* dans lesquels se développent des produits : *kystes secondaires* dépendant du premier kyste ou *kyste primitif*. Il est évident que les vésicules de de Graaf ne sont pas en rapport avec le nombre quelquefois prodigieux de loges dans les kytes composés, surtout aréolaires, comme nous l'avons du reste déjà fait remarquer avec Boivin et Dugès (2).

Pour la consécration de cette idée hypothétique il faudrait, comme l'observe Ordonez (3) : 1° Suivre le développement de ces vésicules transformées dans un kyste multiple où elles seraient à divers âges.

2° Trouver des vésicules normales à côté des vésicules altérées pour reconnaître ainsi leur identité.

3° Il faudrait surtout constater la présence de l'ovule dans l'intérieur du kyste en voie de développement. Voilà ce qui n'a pu être fait encore, même dans la première période de la maladie, ainsi que le constate Kiwisch et quoi qu'en ait pu dire Rokitanski.

6. Ces kystes simples, stériles, dont nous venons d'essayer d'expliquer l'origine d'après l'école allemande, contractent rarement des adhérences avec les parties voisines et cela parce qu'ils exercent peu de compression.

(1) *Sur la formation de l'œuf dans l'ovaire avant sa fécond.* in *Journ. complém. du Dict. des sc. méd.*, t. XV, p. 184, 1823.

(2) P. 6.

(3) Note insérée dans la thèse HERRERA-VEGAS, p. 28 et suiv.

Kiwisch admet que par suite de l'évolution de l'œuf, le développement kystique s'exagère, que de la lymphe peut s'épancher et constituer des adhérences avec les parties voisines. Farre au contraire trouve que dans ce cas, l'ovulation doit être plutôt contrariée, enrayée, et que les follicules dont le développement naturel est interrompu, deviennent le siége d'une nutrition pervertie qui se termine par l'épanchement et la collection de fluides hydropiques (1).

7. Mais il n'y a pas que des *kystes simples, uniloculaires,* constitués par une seule poche ou par plusieurs poches, dont l'une démesurément plus développée que les autres; ou des *kystes multiples,* c'est-à-dire l'ensemble de kystes simples développés simultanément sur le même ovaire, puis agrégés comme nous l'avons vu plus haut (2); il y a et c'est malheureusement en pratique le cas le plus fréquent, les *kystes multiloculaires, cloisonnés ou prolifères,* dont le mode d'origine paraît différer de celui que nous venons de décrire, quoique beaucoup d'auteurs l'admettent également pour eux (3).

Ici nous nous trouvons en présence de plusieurs théories ou hypothèses:

Le kyste, comme tout produit nouveau, procède d'un blastème pathologique par un accroissement endogène de cellules ou de noyaux. C'est un des trois chefs sous lesquels Kiwisch (4), range les kystes au point de vue de leur origine.

« Pour notre compte, dit M. Ordônez (5), nous avons signalé l'existence de certains kystes à *corpuscules multiples,* corpuscules solides ou semisolides, en général de beaucoup plus volumineux que les cellules les plus

(1) LABALBARY. *Des kystes de l'ovaire ou de l'hydrovarie et de l'ovariot., etc.*, pp. 4 à 19. Paris, 1862.

(2) D'après PAGET (*Lectures on surgical pathology*, 1863, p. 416), il y a développement simultané de plusieurs vésicules de de Graaf, pressées les unes contre les autres avec une enveloppe générale formée par le tissu propre de l'ovaire.

(3) C'est ainsi que WEST (*Maladies des femmes*, p. 579), est tenté de croire, d'après certaines autopsies, que le kyste simple, provenant de la dilatation des vésicules de de Graaf, peut proliférer par le développement endogène de kystes pédiculés ou sessiles dans l'intérieur de la cavité mère.

(4) *Traité des maladies des ovaires.*

(5) Thèse HERRERA-VEGAS, p. 30 et pl. II, fig. 6 et 6'.

volumineuses de nos tissus, y compris l'ovule, et se multipliant par formation endogène. Il se peut bien que ce dernier genre de kyste soit le point de départ des gros kystes multiloculaires. » (Pl. XXIII, fig. 7 et 7').

Paget se montre partisan de ce mode de formation des kystes.

Dans l'une des variétés des tumeurs désignées aujourd'hui sous le nom de *tumeurs hétéradéniques* (1), décrites pour la première fois par M. le professeur Ch. Robin, on trouve exclusivement des vésicules de formes et de dimensions très-variables, lesquelles se multiplient infiniment de deux manières différentes : *par gemmation ou succulation* et *par interposition*, c'est-à-dire par naissance de toutes pièces parmi les éléments existants ; nous aurons à revenir plus tard sur ce dernier mode, mais nous dirons tout de suite que cette théorie des blastèmes, soutenue par l'éminent professeur de Paris, a obtenu une consécration dans un cas de tumeur ovarique opérée par Koeberlé (2) : l'examen des exsudats trouvés incrustés dans la couche pseudo-membraneuse du péritoine et de l'epiploon, a montré « qu'ils étaient formés de fibrine pure, amorphe sur certains points, fibrillaire sur d'autres et plus ou moins granuleuse ; ils ne contenaient ni fibres lamineuses, ni cellules fusiformes, ni noyaux embryoplastiques intacts ou en voie de transformation ; on y constate seulement un réseau vasculaire très-riche et d'autant plus développé qu'on se rapproche davantage du point d'origine des fausses membranes : les appendices polypiformes ne renfermaient que quelques capillaires isolés ou réunis par une anse anastomotique terminale. Partout du reste le nombre et le volume des vaisseaux était en raison inverse de la quantité de fibrine. Les fausses membranes les plus vasculaires avaient un ténuité telle, qu'elles étaient complètement transparentes et le sont encore malgré plusieurs mois de macération dans l'alcool, et les vaisseaux restent parfaitement visibles à l'œil nu. »

Dans une pièce pathologique (kyste multiloculaire) minutieusement

(1) ἕτερος autre et ἀδὴν glande : tissu morbide spécial, se produisant habituellement dans des régions dépourvues de glandes bien que, à plusieurs égards, il se rapproche de ces parenchymes par sa texture et ses caractères extérieurs.

(2) *Ovariatomie* LXXIV. *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 262.

décrite par Ordônez (1), il fut constaté deux espèces distinctes de kystes au point de vue histologique : (Voir pl. XXIII, fig. 5, 6 et 7) : les uns constitués par une membrane très-fine, très-résistante, demi transparente, fermée de toutes parts, offraient très-souvent à leur périphérie et lorsqu'ils ont le volume d'une noisette, le phénomène de leur multiplication *par gemmation ou succulation*, c'est-à-dire que le kyste nouveau communique avec le kyste principal par un collet qui se rétrécit et s'oblitère au fur et à mesure du développement du petit kyste (Pl. XXIII, fig. 7').

D'autres à enveloppe de même nature, mais à contenu différent (2), lorsqu'on prend pour les étudier des kystes du volume d'un pois, sont composés de vésicules renfermées dans une membrane commune et dans laquelle elles roulent facilement lorsqu'on leur imprime de petits mouvements (fig. 6, pl. XXIII); ces corpuscules sont d'aspect gélatiniforme presque transparents ou finement granuleux, de forme sphérique ou ovalaire, souvent déprimés dans un sens ; tantôt simples, tantôt présentant d'autres corps à l'état d'inclusion ou adossés à leur périphérie (fig. 7, pl. XXIII). Leur multiplication a lieu par le mode *endogène*, c'est-à-dire qu'une ou plusieurs de ces petites masses grandissent peu à peu en se rapprochant de la périphérie du corpuscule qui les contient et deviennent libres; ou *par interposition*, c'est-à-dire que de petites masses libres se développent entre les masses incluses que nous venons de décrire et identiques avec elles. Il y aurait là comme on le voit une très-grande analogie avec les idées soutenues surtout par Rokitanski qui veut que les kystes peuvent naître d'une granulation élémentaire, laquelle grossirait par intussusception dans un nucléus et celui-ci dans une vésicule mal conformée.

8. Il est une variété de kystes appartenant probablement à l'ovaire, que Boinet considère comme formés d'emblée sous forme de vésicules (3) décrits

(1) In *Thèse Herrera* Vegas, fig. 4, 5 et 6, pl. II.

(2) Beaucoup d'albumine, chlorure de sodium, quelques granulations calcaires, tandis que dans les autres on trouve en outre dans un liquide très-limpide ou légèrement jaunâtre, des granulations graisseuses et des globules sanguins ratatinés en suspension.

(3) *Loc. cit.*, pp. 78 et 105. Formation nouvelle au milieu d'un blastème pathologique présentant d'emblée la forme de vésicule. 3e chef de *Kiwisch*.

et indiqués par Velpeau en 1825 (1) sous le nom de ***kystes rudimentaires extraovariques*** (2) petites poches du volume d'un pois, d'une aveline, d'un grain de raisin, d'une petite noix, remplies d'un liquide séreux, citrin ou d'un liquide filant, visqueux, sanguinolent; sessiles chez l'enfant et pédiculées chez l'adulte (Verneuil, Houël) (3), et dans ce dernier cas adhérentes à la surface externe de l'ovaire par un pédicule généralement très-grêle qui peut se rompre et rendre le kyste libre dans l'abdomen (4). Le liquide peut disparaître, les parois de la vésicule revenir sur elles-mêmes et constituer une sorte de polype fibreux qui se détache (Luys. *Société anatomique*).

a) Velpeau les supposait des vésicules séminales égarées dans le ventre et ayant entraîné le péritoine avec elles.

b) De Fremery, exprimant une opinion partagée par Gardien (5), pense que ces kystes, beaucoup plus fréquents que les intra-ovariques, sont dus à la dilatation des ligaments larges, formés par la duplicature du péritoine : ce serait alors une formation complète analogue à celle de l'ascite; il est bien difficile observent les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (6), de comprendre qu'une péritonite partielle puisse être limitée aux dimensions du kyste, qu'elle ne produise ni adhérences ni déplacements organiques.

c) Bright (7) Delpech (8) et plus tard Huguier, Verneuil et Follin confirment la description de Velpeau et fixent l'origine de ces tumeurs dans des organes préexistants. Follin (9) effectivement a démontré que les

(1) ***Dictionn. des sciences médic. de l'encyclogr. des sciences médic. de Bruxelles***, p. 305. ***Répertoire de médec.***, t. XXII, p. 582.

(2) Voyez Becquerel, *loc. cit.*, *atlas*, pl. XV, fig. 1 et 2.

(3) ***Manuel d'anatomie pathologique***, 1857, p. 624.

(4) Baker-Brown, le 28 décembre 1865, opère une femme de 48 ans, pour un kyste que l'on reconnut pendant l'opération n'avoir aucune connexion avec l'ovaire et qu'on considéra comme formé par un ovule détaché de l'ovaire, tombé dans la cavité péritonéale où il s'était développé, grâce aux adhérences contractées avec l'épiploon (***Medical press. and circular.***, janv. 1866. ***Bull. gén. de thér.***, t. LXX, p. 187, 1866).

(5) Page 455.

(6) ***Compendium de médecine pratique*** (Delaberge, Monneret, Fleury). Brux., t. III, 626.

(7) ***Guy's Hospital Reports***, avril 1835.

(8) In *Thèse de Cazeaux*, pp. 61, 62. Kyste séro-muqueux du volume d'une orange qu'on peut facilement isoler de l'ovaire et de toutes les parties environnantes.

(9) ***Thèse de Paris***, 1850, p. 35.

vésicules extra-ovariques des ligaments larges étaient formées aux dépens de petits canaux visibles à l'œil nu chez tous les sujets et à tous les âges, surtout chez les nouveau-nés : il y a dilatation de ces petits tubes en cœcum qui constituent les *corps de Wolff* dans le fœtus, et dont les débris, difficiles à reconnaître chez l'adulte, sont appelés *corps de Rosenmüller* (1). Cette structure se reconnaît surtout bien dans les kystes pédiculés dont la tige creuse communique avec l'intérieur du petit kyste.

Ces petites tumeurs peuvent être attachées aussi à différentes parties de la trompe ou de son pavillon, plus près des franges que de l'extrémité utérine, ou avoir pour siége les vaisseaux du plexus pampiniforme. Quand elles sont sessiles, le soutien que leur prête le péritoine sur leurs deux faces leur permet de s'agrandir et d'atteindre le volume d'une pomme ou d'une orange : kystes du ligament large (2) qu'on rencontre si souvent chez les vieilles femmes, d'après Broca (3).

d) Virchow (4) regarde ces productions comme le résultat d'une nouvelle formation, c'est-à-dire de la collection d'un liquide et de la formation graduelle d'un kyste autour de lui (5) ; cette opinion se rapproche de celle que nous venons de voir exprimée par De Fremery.

e) Boinet (6) a recontré trois fois ces kystes vésiculaires : deux fois dans le tissu cellulaire des ligaments larges, et une autre fois, la petite tumeur était attachée au gros intestin. Cette vésicule, d'après cet auteur, ne serait autre chose qu'une anse capillaire dilatée de la même manière et par le même

(1) BECQUEREL. *Traité clin. des malad. de l'utérus et de ses annexes*, t. II, 217. Paris, 1859.

BAUCHET. *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*, p. 54. (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1859, p. 23.)

RAFAEL HERRERA VEGAS. *Thèse citée*, p. 16. Note de M. Ordonez.

SPENCER-WELLS. *Diseases of the ovaries*. London, 1865, I, 91, 140.

(2) VERNEUIL. *Rec. sur les kyst. de l'org. de Wolff*, in *Mem. de la Soc. de chir.*, 1854, t. IV, p. 58.

(3) *Bulletin de la Soc. anatom.*, 1853, p. 45, 472.

(4) *Die krankhaften Geschwülste*, vol. I, s. 262 et *Berl. Geburtsh. Verbond.*, 1848, Bd III, s. 210.

(5) BRUCH. *Zür Entwickelungs-Geschichte der patholog. Cystenbildungen*, in *Zeitschr. für ration. Medic.* vol. III, 1849, p. 91.

Voyez aussi pour les hypothèses sur la formation de ces petits kystes :

SCHRANT. *Tijdschr. der Nederl. Maat.*, 1852, p. 28. *Archiv f. phys. Heilk.*, S. 903, 1852. *Gezwellen*, S. 267.

(6) *Loc. cit.*, pp. 78 et 79.

mécanisme qui préside à la dilatation des villosités choriales d'où résultent les môles hydatiques et l'hydropisie de certaines villosités placentaires.

f) Gendrin admet que les kystes uniloculaires, les seuls curables par la ponction, sont le développement excessif des petits kystes (du volume de de 5 à 6 lignes de diamètre) qu'on rencontre adhérents aux franges de la trompe, et assez fréquemment chez les jeunes femmes, rarement après l'âge critique; tandis que pour les tumeurs de l'ovaire il y a structure multiloculaire qui devient cause de la reproduction de la maladie lors même qu'on évacue le kyste principal (1).

Il n'est du reste pas rare de rencontrer des kystes tout à fait indépendants de l'ovaire qui reste normal et parfaitement reconnaissable à côté d'une tumeur d'un gros volume, ainsi qu'il en était dans l'observation IV, de Péan (2), où la tumeur s'était positivement développée dans l'épaisseur des ligaments larges : l'auteur en a observé plusieurs développées sur les trompes.

9. Une troisième opinion soutenue surtout par Wedl (3), veut que pour la formation des kystes il y ait augmentation excessive de volume du tissu aréolaire. Il y a, dit Scanzoni, altération de tissu parenchymateux de l'organe, composé de lamelles du tissu conjonctif formant des capsules complètement closes et aplaties par leur contact réciproque.

DÉVELOPPEMENT DES KYSTES MULTILOCULAIRES.

1. L'école allemande (4) distingue les kystes *simples* (de l'ovisac ou des corps jaunes) des *cystoïdes* qui, avec tous les kystes composés (*colloïde, cancéreux, aréolaire*), forment une partie des kystes multiloculaires.

(1) *Hydropisie enkystée de l'ovaire. Gaz. des hôpitaux*, n° 44, 1840.

(2) *L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès?* Paris, 1867, p. 31.

(3) Labalbary. *Loc. cit.*, pp. 4 à 19.

(4) Rokitanski. *Lehrbuch der pathol. Anatom.* III, 424. Wien, 1861.
Förster. *Man. d'anat. pathol.*, p. 434. Paris, 1853.
Kiwisch. *Traité des malad. des ovaires.*
Scanzoni, Virchow, Klob, etc.

2. Voyons, en nous en rapportant surtout à Scanzoni (1), un des meilleurs interprètes de cette école, qui a le plus minutieusement étudié ces intéressantes tumeurs, comment nous devons comprendre le développement du *kyste composé multiloculaire* ou *prolifère,* le *cystoïde* de Kiwisch.

1° Une capsule de tissu conjonctif se développe et dépasse de beaucoup la surface de la tumeur : c'est le *kyste primitif.*

2° Ce kyste renferme dans ses parois le germe de nouveaux kystes (2). Ceux-ci se développent dans ces parois ou dans le tissu primitif de la tumeur et peuvent à la fin remplir complètement le kyste primitif. — *kystes secondaires* (pl. IV, fig. 2, pl. V, fig. 2).

3° Parfois les kystes secondaires ne se développent que sur quelques points de la paroi du kyste primitif et font saillie dans sa cavité : il est même rare que ces cellules avec orifices tournés vers la cavité du kyste primitif, garnissent toutes les parois de celui-ci.

4° Dans les mailles de cette nouvelle tumeur se développent des *kystes tertiaires,* dont l'accroissement hâte celui du kyste secondaire, lequel remplit bientôt le kyste primitif.

(1) Voyez pour la prolifération endogène qui donne naissance au kyste, multiloculaire :

WILSON FOX. *On the origin, structure and mode of development of the cystic tumours of the ovary. Méd. chir.* Transact., t. XXXXVII, p. 227. London, 1864. (*Lancet.* Juli 23, and *Brit. méd. J.* 7ber 10, 1864.

BRAXTON HICKS. *On the glandular natur of proliferous disease of the ovary remarks on proliferous cysts.* Guy's Hospit. Rep. s. III, vol. IV.

Voyez encore sur cette question : GROHE. *Ueber den Baü und das Wachstum der menschlichen Eierstocks und über einige krankhafte störungen desselben. Virch. Archiv.* Bd 26, s. 271.

Voyez aussi l'analyse dans le *Journal de physiol.* de M. Robin, 1865.

(2) PAGET (*Loc. cit.*) admet aussi que les kystes secondaires ou autres qui se développent consécutivement dans l'intérieur du premier proviennent de germes développés dans les parois du kyste primitif et qu'alors :

1° Ils font saillie au dedans de la cavité mère, ou :

2° Ils forment la couche moyenne des parois et y restent enfermés de toutes parts, ou enfin plus rarement ;

3° Ils s'accroissent en avant et se projettent dans la cavité péritonéale.

BAKER-BROWN (*De l'hydrop. de l'ovaire*, etc., chap. Ier) partage la même opinion.

5° D'autres fois, plusieurs kystes secondaires se touchent et finissent par adhérer (Pl. II, fig. 1 et 2) (1).

6° D'après Hodkin (2), il faut distinguer dans ces kystes secondaires et tertiaires à large base, une sorte de production villeuse, verruqueuse, pédiculée que Kiwisch a observée également, mais que Farre a le mieux décrite. D'après ce dernier auteur, le plus fréquemment, ces petits sacs naissent de l'intérieur du kyste secondaire : disséminés sous forme de grains arrondis, ils donnent plus d'épaisseur à la membrane d'enveloppe qu'ils recouvrent : ils s'élèvent les uns au-dessus des autres, si serrés qu'on peut parfois en compter 2 ou 300 dans l'espace d'un pouce carré. En s'allongeant, la pression qu'ils exercent mutuellement les uns sur les autres leur donne une forme filamenteuse; mais dès qu'ils peuvent être plus libres, leurs extrémités se dilatent en forme de petites ampoules, ou bien des jets d'un second ordre s'élèvent sur les côtés et sur les extrémités de la production primitive, d'où aspect arborescent et volume plus ou moins considérable.

A la coupe, on leur trouve une base solide à fibres d'un tissu blanc qui est celui de la paroi kystique de laquelle ces tumeurs s'élèvent : ce tissu est visible à l'intérieur de leur tige et des branches : à leurs extrémités, elles se dilatent en petits culs-de-sac remplis de fluide : on en trouve du volume d'un haricot; ils sont revêtus d'épithélium, et probablement ils éliminent activement les divers fluides qui remplissent les kystes ovariques de tout ordre.

Pour Kœberlé, les tumeurs épithéliales (pl. III. fig. 1 et 2) que l'on remarquait à la surface interne d'un kyste multiloculaire extirpé par lui (3), étaient formées par l'hypertrophie locale de l'épithélium normal des ovisacs : elles sont sujettes à des dégénérescences, se ramollissent et deviennent fongueuses : les éléments épithéliaux s'hypertrophient alors, se chargent de granulations graisseuses et deviennent cancéreux chez

(1) BRIGHT (*Guy's Hosp., Rep.* V. III, pl. V, p. 276, 1831) a donné un excellent dessin de kystes prolifères.

(2) V. LABALBARY, *loc. cit.*, pp. 4 à 19.

(3) *Ovariotomie*, XI. *Opérations d'ovariotomie*. Paris, 1865, p. 145.

certaines malades : les tumeurs épithéliales atteignent souvent un volume énorme, sans que néanmoins elles aient subi une dégénérescence maligne.

Dans l'observation XII du même auteur (1), la tumeur ovarique était constituée par une grande loge contenant 10 litres de liquide grisâtre, d'un amas de petits kystes renfermant de l'albumine incolore ou brune (épanchements sanguins), et par différents groupes de petits kystes, les uns enchâssés dans l'épaisseur de la paroi du grand kyste, les autres saillants à l'intérieur. On a donné à ces amas de kystes saillants à l'intérieur ou à l'extérieur de la tumeur principale, le nom de *kystes proligères.* Ces kystes ne naissent point par bourgeonnement : ce sont des kystes qui proviennent également des follicules de de Graaf hypertrophiés et qui se développent librement à la suite d'une éraillure du stroma fibreux de l'ovaire, soit à la surface extérieure de la tumeur ovarique, soit à l'intérieur d'un kyste plus volumineux. Les amas de petits kystes, saillants à l'intérieur du grand kyste, sont consécutifs à des déchirures intérieures de ce dernier. (Pl. IV, fig. 2 et pl. V, fig. 2.)

3. D'après Farre, les parois kystiques paraissent posséder une faculté illimitée de multiplier l'élément fibreux qui les compose, tandis que le pouvoir de reformer facilement le fluide qu'ils renferment après évacuation, prouve une faculté sécrétoire sans bornes.

4. La formation successive de kystes à l'intérieur du sac principal détermine quelquefois une distension assez grande pour en amener la rupture. Dans un kyste enlevé par Kœberlé, l'examen de la tumeur fit reconnaître qu'une loge présentait une ouverture circulaire parfaitement cicatrisée, par laquelle le liquide qui s'y sécrétait se déversait incessamment dans la cavité péritonéale (2). Il y a distension, compression ou action inflammatoire, avec ramollissement des cloisons intermédiaires qui disparaissent et qu'on retrouve parfois représentées par des cordons fibreux traversant la fausse cavité simple.

5. Si le contenu des kystes, du tissu réticulaire dans lesquels ils se déve-

(1) *Loc. cit.*, p. 147.

(2) *Ovariotomie* XX. *Gazette des Hôpitaux*, 1866, p. 595.

loppent ou des excroissances papillaires est un liquide séreux ou sanguinolent, il y a *tumeur colloïde proprement dite.*

Si ce contenu est une substance graisseuse, colloïde ou médullaire, il y a *cystocarcinôme.*

6. Nous aurons à revenir sur ces différentes variétés établies par l'école allemande dans la classification des kystes, lorsque nous nous occuperons de l'histologie.

DES KYSTES DERMOÏDES.

1. Les *kystes dermoïdes, tumeurs enkystées embryonnaires, kystes par inclusion*, seraient dus :

1° Au mode de développement désigné par Richard Owen sous la dénomination de *Parthénogenèse* (1), et, comme le dit Courty (2), les hypothèses :

2° De *grossesse ovarique* ou

3° De *diplogenèse par inclusion* (3),

4° De *diplogenèse par pénétration* (4) ou enfin

5° D'*hétérotopie* (5),

ne satisfont guère.

α) D'après Lebert (6) il y aurait *hétérotopie plastique*, c'est-à-dire génération spontanée sur place d'une partie de tégument, parce que :

a) Les poils qu'on rencontre dans ces kystes sont de couleurs différentes.

b) Les kystes contenus dans le même ovaire, sont de différente nature.

Les dents qu'on y trouve seraient un produit de sécrétion du kyste, lequel s'est formé lui-même accidentellement sur place.

(1) παρθένος, vierge, et γένεσις, naissance. Ce mot désigne les phases où une naissance d'êtres intermédiaires qui a lieu sans l'intervention des sexes. (Dictionnaire de Robin et Littré, dernière édit.).

(2) *Maladies de l'utérus*, p. 929.

(3) διπλόος, double, et γένεσις.

(4) Monstruosité décrite par Olivier et Breschet. Cette théorie est admise par le docteur Lee. (Churchill, *loc. cit.* pp. 604, 605.)

(5) ἕτερος, autre, et τόπος, lieu.

(6) *Mémoire sur les kystes dermoïdes et sur l'hétérotopie plastique.* Comptes-rendus de l'Académie des sciences. Novembre, p. 715. — *Gazette médicale*, 1852, n°s 46, 51, 52.

β) Houël (1) se refuse à admettre une pareille théorie dont les arguments, dit-il, se tournent contre l'auteur.

γ) D'après Pigné (2) sur 18 cas de kyste dermoïdes, on en a rencontré :

5 chez des vierges n'ayant pas 12 ans ;

6 chez des filles de 6 mois à 2 ans ;

4 chez des fœtus femelles à terme, et

3 chez des avortons de 8 mois.

Il faudrait donc, avec la théorie de Lebert, admettre que l'hétérotopie se fut produite pendant la vie intrà-utérine, ce qui est bien difficile à comprendre.

Cette statistique de Pigné avait fait regarder par A.-W. Foot les kystes dermoïdes comme congénitaux (3).

2. Pour Pigné, dans la conception intrà-utérine, il y a momification du fœtus dont les éléments restent reconnaissables, mais les kystes pileux, pili-dentaires, pili-graisseux, sont dus à l'*inclusion*. Barth partage la même opinion (4). C'est aussi à l'inclusion fœtale que Liégeois croit devoir rapporter le développement du kyste dermoïde qu'il extirpa chez une jeune fille de 17 ans, vierge, et il s'appuie surtout, pour soutenir cette opinion, sur la fragmentation des tissus qui composaient ce kyste (5).

Broca ne peut admettre l'inclusion qui suppose un embryon moins volumineux que l'autre, c'est-à-dire que celui qu'il pénètre, car ces deux germes sont jumeaux et par conséquent de volume à peu près égal. Comment expliquer, en admettant que l'un des deux soit resté en arrière dans son développement, et plus mou parce qu'il est plus petit, qu'il ait pu pénétrer dans le plus grand, doué d'une plus grande consistance (6)? Broca regarde ces productions comme le résultat d'une grossesse ovarique (7).

(1) *Loc. cit.* p. 651.
(2) *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXI, p. 200.
(3) *Ueber Fett und Haare enthaltende ovarientumoren.* Dubl. Quart. J., Aug. 1863.
(4) *Bulletin de la Société anatomique*, 1852.
(5) *Gazette des Hôpitaux*. 1869, p. 563.
(6) *Traité des tumeurs*, t. II, pp. 127, 141.
(7) *Bulletin de la Société anatomique*, 1852.

3. Steinlein, de Zurich (1) qui, avec Klob (2), s'est occupé des applications pathologiques de la disposition tubulée des ovaires que Valentin (3), en 1838, s'est efforcé de démontrer exister comme dans l'ovaire des insectes, résultat auquel sont également arrivés Billroth (4), Pflügel (5) et W. Fox (6); Steinlein, disons-nous, reconnaît à l'ovaire la puissance de formation de toutes pièces des produits inférieurs comme les tissus dermoïdes et considère l'enkystement comme tout à fait secondaire.

Avec cette théorie, il y aurait oblitération d'un tube, par suite de laquelle l'épithélium qui tapisse les vésicules subit une évolution particulière, et la tumeur se développe. Il y a, dit Valentin, segmentation d'un germe unique, perturbation dans la production et la répartition des cellules du blastoderme par une cause quelconque qui suffit pour que certains organes se développent anormalement dans des régions insolites.

4. Comment expliquer, cependant, autrement que par une grossesse ovarique, cette remarquable observation d'accouchement laborieux par complication d'un kyste pileux qu'on trouva contenir de la matière crétacée, des cheveux, des portions d'os du crâne et la mâchoire inférieure armée de neuf dents sortant de leur alvéole et aussi blanches, aussi dures que celles d'un enfant de 8 à 10 ans (7)? Quand il n'y a que des poils, l'absorption aurait-elle fait disparaître le reste des parties organiques? Il est bien vrai que les parties qui résistent le plus à l'absorption sont précisément les poils et les dents, qu'on rencontre le plus fréquemment dans ces sortes de kystes. Comment s'expliquer cependant le développement des poils en dedans, quand la membrane d'implantation double tout l'intérieur de la poche? Et les kystes pileux du tissu cellulaire sous-cutané, dans le foie et

(1) HENLE PFEUFER. *Zeitschr. für ration. Medic.* IX Bd. § 145, 116.
ARAN. *Loc. cit.*, p. 1071.

(2) *Pathol. anat. des Weiblich. sexual Organe.*

(3) *Comptes-rendus de la Société de Biologie*, 1852, 1re série, t. IV, p. 99. — LEBERT, *ibid.*, t. IV, p. 203. — KOHLRAUSCH, de Hanovre, in *Archives de Müller*, 1843, 4me partie, p. 365. — *OEsterr. med. Wochenscrh. vom Jahre* 1844, s. 715.

(4) *Ueber fœtales Dresengewebe in schildrüsen Geschw.*, in *Müller's Archiv.*, 1856.

(5) *Ueber die Eierstöcke der Saügeth., u. s. w.* Leipzig, 1863.

(6) *On the origin, struct.*, etc.

(7) LAUVERJAT. *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, p. 13.

chez l'homme (1)? et comme l'observe Baillie (2) dans des organes qui n'ont aucune connexion avec les organes génitaux? Peut-on admettre plusieurs grossesses sur le même ovaire dans des kystes contigus? Existe-t-il réellement des grossesses dans des vésicules de de Graaf qui ne se sont jamais rompues?

La grossesse ovarique interne, niée par Velpeau, qui n'admet pas que le contact des germes puisse avoir lieu sans déchirure de la coque de l'ovaire et de la capsule de l'ovule (3), doit être admise aujourd'hui que non-seulement on a trouvé des fœtus entiers (4) dans l'intérieur de l'ovaire, mais aussi que dans le centre même de cet organe se sont rencontrés des dents, poils, os ou matières osseuses, toutes substances qui ne peuvent se produire accidentellement et de toutes pièces dans le sein de ces organes et à plus forte raison dans l'ovaire (5).

5. Cruveilhier admet aussi que ce sont des conceptions extrà-utérines : des adhérences s'établissent entre les parois kystiques et l'embryon, qui est plus ou moins complètement détruit et laisse une partie de son organisation dans le kyste. Quand ce sont des filles vierges, impubères (6) ou des vieilles femmes, il s'agit de débris fœtaux contemporains du sujet qui en a été pénétré pendant sa vie intrà-utérine (*monstruosité par inclusion*) et pour les vieilles femmes, une fécondation antérieure peut également l'expliquer (7).

(1) *Bibliothèque du médec. pratic.* I, 680.

(2) *Morbid. Anat.*, p. 268.

(3) *Traité complet de l'art des accouchements.* Bruxelles, 1835, p. 138.

(4) HESSELBACH. *Beschreib. der pathol. anat. Preparate welche in der königl. anat. Anstal zu Würzburg aufbewahrt werden.* Giessen, 1824, in-8°.
HORNUNG. *Schmidt's Jahrbücher*, 1837.
BOEHMER. *Obs. anat. rarior. fascic.* Halle, 1752.
BARKHAUSEN. *Rust und Casper, kritisch. Repertor.* t. XVIII.
SMITH DE JAMESTOWN. *Med. Repository*, t. I, p. 406.
LITTRÉ, UCCELLI (*Bibl. méd.*, t. XXXVIII, p. 265).
Voir aussi RIOLAN, HALLER, DUVERNEY, BAUDELOCQUE.

(5) CRUVEILHIER. *Anat. pathol.* 18e livraison, p. 11.
J.-R. MARINUS. *Mém. sur la gross. extrà-utér.* Brux., 1866.

(6) BAILLIE. *Anat. pathol.*, p. 329.
CRUVEILHIER. *Essai sur l'anat. pathol.*, II, p. 181.
SEYMOUR. *Ilustrat. of some of the princ. Dis. of the ovar.*, p. 83.

(7) Pour GEOFFROY DE SAINT-HILAIRE (édition belge, 1837, II, p. 403), ce sont des monstres offrant le dernier degré de la monstruosité par défaut.

Mais outre les objections faites déjà plus haut, pourquoi ces tumeurs sont-elles plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, lorsqu'il y a monstruosité par inclusion? Pourquoi, chez les femmes, sont-ce précisément les ovaires qui en sont affectés de préférence? Pourquoi le nombre des dents qu'on y rencontre n'est-il pour ainsi dire jamais semblable à celui des dents normales? A combien de fœtus extrà-utérins faut-il rapporter les 100 dents observées par Autenrieth et Ploucquet, les 44 de Cleghorn et les 12 canines de Raikem (1)? Les dents peuvent-elles continuer à croître après la mort de l'embryon, sa destruction et sa disparition, comme se le demande Astruc et après lui Haller et Cleghorn? S'agirait-il d'œufs imparfaits développés après imprégnation? Dans l'observation XII de Baker-Brown (2), il y avait collection de sacs développés en relation avec le kyste principal, contenant des cheveux, de la graisse, des dents avec des portions de mâchoire, de nez, etc., chez une femme célibataire n'ayant jamais conçu et n'ayant jamais été menstruée ; les autres kystes renfermaient de la matière visqueuse, caséeuse, caillebotée, etc. Baker-Brown croit aussi que la tumeur provenait d'intussusception de deux fœtus durant la vie utérine comme dans le cas de l'homme dont l'abdomen renfermait des restes de fœtus (Musée Hunter).

6. Burdach (3) disait : « Plusieurs organes se produisent par des points » déterminés : les côtes naissent aux vertèbres dorsales, les os du bassin » au sacrum, les dents aux mâchoires : il n'y a là qu'un rapport purement » mécanique, et ce qui prouve que ce rapport n'est pas une condition indispensable, c'est qu'on trouve des os du bassin sans sacrum chez certains » monstres, ou des dents sans mâchoire dans les organisations anormales » de l'ovaire. »

7. Comme on le voit, il n'est aucune de ces théories qui ne souffre des exceptions, et force nous est aujourd'hui encore, pour la satisfaction de l'es-

(1) *Observation suivie de quelques réflexions sur un vaste kyste ovarique, enflammé, suppuré, gangrené*, etc. Gand, 1841, in-8°.

BAUCHET croit que ces auteurs, cités par MECKEL, ont pris pour des dents des morceaux d'os venant de différents points du corps du fœtus.

(2) In LABALBARY, *loc. cit.*, p. 76.

(3) *Traité de physiol.*, traduction JOURDAN. Paris, 1839, IV, 170.

prit, de n'admettre aucune de ces explications comme suffisant à expliquer tous les cas : mais rien ne s'oppose à ce que chaque cas déterminé aït sa cause spéciale; c'est dans cette voie que sont entrés Pigné et Velpeau (1) ; ou à conclure avec Courty (2), qu'on doit regarder ces produits comme des ébauches d'organisation dépendant de la puissante aptitude germinative de l'ovaire, s'élevant jusqu'à la formation de tissus imparfaits sans arriver jusqu'à celle, non d'un organisme, mais d'un organe ; et d'y voir, comme Ritchie et Rouget, des exemples de parthénogenèse, vestiges imparfaits chez les animaux supérieurs, d'un acte physiologique régulier et remarquable dans les espèces inférieures.

—

On n'a pas constaté anatomiquement jusqu'ici, d'après Boinet (3), de tumeurs hydatiques de l'ovaire (4), c'est-à-dire de ces tumeurs semblables à celles qu'on rencontre dans le foie, la rate et ailleurs. Par la désignation de ***kystes hydatiques***, Boinet n'a en vue que le contenu de certaines de ces tumeurs, qui est clair, limpide comme de l'eau de roche, et en tous points semblable à celui qu'on rencontre dans les véritables kystes hydatiques.

Nous verrons plus tard, en traitant du contenu des kystes ovariques, ce qu'il faut penser de cette affirmation si catégorique de Boinet.

CHAPITRE II.

VARIÉTÉS ET CLASSIFICATIONS.

1. Morgagni le premier a fait la distinction des deux espèces d'hydropisies enkystées de l'ovaire :

1° A plusieurs cellules = *multiloculaire*.
2° A une seule cavité = *uniloculaire*.

(1) Voir *Kystes fœtaux*, à l'article *Variétés et classifications*.
(2) *Loc. cit.*, p. 928.
(3) *Loc. cit.*, p. 111.
(4) Bauchet (*Anat. path. des kystes de l'ovaire, etc.*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. 23, p. 49. Paris) émet la même opinion.

Il appelle *Hydrops saccata* la collection de liquide renfermée en une poche contenue dans la cavité abdominale.

Hydrops saccata peritonei,		l'hydropisie enkystée du péritoine.	
—	*ad Fallopii tubam*,	—	de la trompe de Fallope.
—	*ligamenti uteri*,	—	des ligaments de l'ovaire.
—	*ovarii*	—	des ovaires (1).

2. Clasius (2) divise les hydropisies de l'ovaire en :

Hydatiques — enkystées — celluleuses.

Il nomme *Hydrops profluens*, l'hydropisie dans laquelle le kyste vient s'ouvrir à travers la trompe, l'utérus, le vagin (3).

3. Hodgkin (4) admet trois espèces de kystes :

1° Ceux dont les parois reproduisent des kystes semblables aux premiers.
2° Les kystes à pédicule très-mince.
3° Les kystes à base large et étendue.

4. Bright (5) distingue ces tumeurs en *simples* et *malignes*.

Parmi les simples : *a*) les unes sont constituées par un simple sac rempli de sérum, dont la surface externe a toutes les propriétés du péritoine; attachées à la surface de l'ovaire et nourries par des vaisseaux à leur point d'origine. — Le plus souvent pédiculées; parfois sessiles, et alors elles sont souvent développées dans le ligament large, en dessous du pli naturel du péritoine.

Les dimensions varient entre celles d'un petit pois à celles d'une orange, ou plus grosses.

La poche est toujours unique.

Parfois congéniale, ou n'apparaissant que quelques mois après la naissance.

(1) J.-B. Morgagni. *De sedibus et caus. morb. Epist.* 38.
(2) *Comment. de hydrope ovarior. profluente*, 1834.
(3) Bluff. In Expérience.
(4) *On the anat. caract. of some adventit. struct. Med. chir. Trans.* London, 1869, vol. XV, part. II, p. 275.
(5) *Revue clinique de l'hôpital de Guy.* Observation sur les tumeurs abdominales et l'intumescence avec quelques cas d'hydat. acephaloc. et de maladies de l'ovaire. *Annales de méd. belges et étrangères*, 1838, IV, 74.

Ce sont là, à n'en pas douter, les tumeurs si bien étudiées par Follin et qui se forment de toutes pièces sous forme vésiculaire dans l'organe de Rosenmüller (1).

b) Les autres sont formées par une accumulation de liquide dans une vésicule de de Graaf.

Dimensions : celles d'une noisette jusqu'à remplir tout l'abdomen.

Les hydropisies enkystées malignes se développent dans le tissu cellulaire de l'ovaire, et présentent toutes les modifications de structure dont sont susceptibles les tumeurs, sous l'influence de l'action morbide dite *maligne*.

5. Pidoux (2), en se basant sur l'effet produit sur l'économie par la présence de ces productions, divise les kystes de l'ovaire en :

Kystes sains ou bénins et *kystes malsains ou graves*.

Les premiers croissent lentement et n'exercent sur l'économie aucune influence délétère ou cachectique.

Les seconds croissent rapidement et produisent d'assez bonne heure un commencement de *cachexie ovaro-kysteuse*, sorte de variété de la *cachexie séreuse ou hydropique*. La présence de tissus et surtout de liquides pathologiques dans un point de l'économie, dit Pidoux, n'est jamais chose innocente : elle exerce sur le sujet une de ces actions en vertu desquelles une altération primitivement locale s'assimile enfin toute l'économie impuissante à lui résister, imprime son cachet morbide particulier à la nutrition et à l'hématose, et les entraîne dans sa direction vicieuse ; l'organisme n'assimile plus sainement, il est assimilé pathologiquement par le kyste.

6. Boinet en tenant compte de leur structure, puis de leur organisation et des liquides qu'ils renferment, établit la classification suivante :

I. KYSTES UNILOCULAIRES	1. *Hydatiques*	à liquide clair et limpide comme de l'eau de roche.
	2 *Séreux*	— séreux, ascitique.
	3. *Hématiques* (3)	— coloré, purulent ou demi-purulent mais non épais, non filant.
	4. *Purulents*	

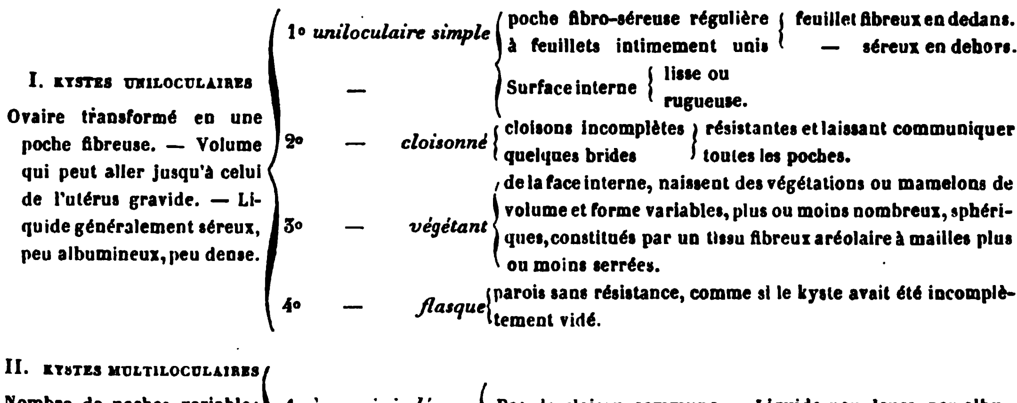
(1) Si bien étudié par KOBELT. *Der Neben-Bierstock der Weibes u. z. w.* Heildelberg, 1847.

(2) Note sur les kystes de l'ovaire et leur traitement. *Union médicale*, 1856, 545.

(3) BOECKEL (*Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 179) a voulu établir une variété nouvelle qu'il nomme *kyste ménorrhagique*, tumeur fluctuante de l'ovaire, contenant du sang plus ou moins altéré et augmentant brusquement de volume pendant l'époque menstruelle : sitôt que l'oscillation cesse, ces kystes d'ailleurs doivent perdre leurs caractères pour devenir de simples kystes hématiques.

II. KYSTES MULTILOCULAIRES
- 1. à plusieurs poches — liquide filant, coloré ou non, gélatineux, etc.
- 2. Prolifères / 3. Aréolaires — matières grasses, méllicériques, solides ou demi-solides, fibreuses ou fibro-cartilagineuses, cancéreuses, colloïde, encéphaloïde.
- 4. Embryonnair. — *A.* grossesse extra-utérine. *B.* kystes par inclusion.

7. *Classification de Cruveilhier* (1).



I. KYSTES UNILOCULAIRES

Ovaire transformé en une poche fibreuse. — Volume qui peut aller jusqu'à celui de l'utérus gravide. — Liquide généralement séreux, peu albumineux, peu dense.

- 1° *uniloculaire simple* — poche fibro-séreuse régulière à feuillets intimement unis — feuillet fibreux en dedans. — séreux en dehors.
- — — Surface interne lisse ou rugueuse.
- 2° — *cloisonné* — cloisons incomplètes quelques brides — résistantes et laissant communiquer toutes les poches.
- 3° — *végétant* — de la face interne, naissent des végétations ou mamelons de volume et forme variables, plus ou moins nombreux, sphériques, constitués par un tissu fibreux aréolaire à mailles plus ou moins serrées.
- 4° — *flasque* — parois sans résistance, comme si le kyste avait été incomplètement vidé.

II. KYSTES MULTILOCULAIRES

Nombre de poches variable; plus ou moins volumineuses et séparées. — Généralement un kyste principal. — D'abord indépendants ils peuvent plus tard venir à communiquer (2).

- 1° *à parois indépendantes et adossées.* — Pas de cloison commune. — Liquide peu dense, peu albumineux.
- 2° *à cloisons communes et sans parois propres.*

III. KYSTES ARÉOLAIRES OU VÉSICULAIRES (3). (*Colloïdes des Allemands.*) — Ovaire transformé en masse aréolaire à mailles ou vésicules de grandeurs diverses et communiquant ensemble (parfois par des trous très-réguliers). Cloison commune souvent indépendante. — Liquide filant visqueux, gelée, miel, blanc d'œuf.

IV. KYSTES COMPOSÉS — Les trois variétés précédentes sont mélangées. — Liquide, comme celui des aréolaires, quelquefois poche vésiculaire distincte complètement des parties uni- ou multiloculaires.

8. Kiwisch (4) divise les kystes de l'ovaire en :

1° *Kystes simples.* — Hydropisie folliculaire.

2° *Kystes composés.* — Kystes simples uniques ou multiples associés à des cystoïdes et à des éléments de tumeurs non fluctuantes. — Cystoïde. — Dégénérescence alvéolaire. Cystosarcôme (5). — Cancer cystique ou cystocarcinôme.

(1) D'après BECQUEREL, *Loc. cit.*, II, 218 et CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1856, III, 398.

(2) V. pl. I, fig. 1. Pour sa classification antérieure, voyez *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1834, XII, 412. — Ovaire.

(3) V. pl. II, livraison 25 et pl. III livraison 5 de Cruveilhier.

(4) KIWISCH VON ROTTERAU. *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie de Krankheiten des weiblichen Geschlechts.* Prague, 1849. Traduction anglaise de JOHN CLAY. Londres, 1860, p. 44, p. 100 et suiv.

(5) Voyez MULLER : *On cancer, etc. English translation.* London, 1840, in-8°, p. 170.

West (*Maladies des femmes*, p. 573) et Paget (*Surg. pathol.* II, p. 26) admettent la même classification.

9. La division des kystes la plus rationnelle au point de vue pratique, paraît être celle du docteur A. Farre (1) : elle est aussi celle de Baker-Brown. Elle distingue les kystes en :

1° *Kyste simple, uniloculaire ou stérile* : un seul kyste sans dépendance.
2° *Kyste multiloculaire* subdivisé en :
a) Kyste multiloculaire *multiple*, formé de kystes contigus dans le même ovaire mais formant autant de tumeurs séparées (pl. IV, fig. 1).
b) Kystes multiloculaires *composés, prolifères* où des produits secondaires dépendent d'un kyste primitif (pl. IV, fig. 2 et pl. V, fig. 2).

10. Une division importante est celle qui consiste à les distinguer en :

Kystes *mobiles* et kystes *adhérents*.

L'indication de l'ovariotomie se base presque tout entière là-dessus.

11. Nélaton, obéissant à la même préoccupation, les distingue d'après leur contenu et après ponction préalable en :

Kystes exactement *séreux* et kystes à liquide *visqueux*.

Nous aurons d'ailleurs à y revenir (2).

12. West (3) au point de vue théorique, établit trois sections de tumeurs de l'ovaire :

1° Celles qu'on peut abandonner à elles-mêmes.
2° Celles qu'on doit abandonner à elles-mêmes.
3° Celles qu'on doit chercher à guérir ou soulager par l'art.

13. *Classification de Verneuil* (4).

Kystes vrais {
1° kystes du ligament large (développés dans les corps de Wolff).
2° kystes développés dans les follicules de de Graaf (*kystes proprement dits*).
3° kystes développés dans les follicules de de Graaf et dans la trompe, si bien décrits par Richard (5).

(1) *Cyclopædia of anat. and Physiol. Uterus and its appendages.* V. aussi Courty, *loc. cit.*, p. 920 à 929 et Labalbary, *loc. cit.*, p. 4.
(2) V. *Indications et contr'indications de l'ovariotomie.*
(3) *Med. chir. Monatsch., u. z. w.* von F. E. Friedrich u. Dr Alf. Vegel. 1861, I Bd, S. 186.
(4) *Gaz. hebdom.* 1856, p. 853. *Mém. de la Soc. de chir.*, IV, p. 58, 1854. Voyez aussi Ollier.
(5) *Mém. de la Société de chir.*, t. III, p. 111, 1853.

Pseudo kystes
4° hydropisie de la trompe souvent traitée et guérie comme kyste ovarique.
5° hygromas sous-séreux ou *kystes lacuneux* (Lebert) formés par l'accumulation de sérosité dans de véritables bourses séreuses sous-péritonéales, sous l'influence du frottement réciproque des organes.

1. DES KYSTES UNILOCULAIRES.

1. Consistent en une seule et unique poche pouvant remplir tout l'abdomen.

Suivant Cruveilhier (1), une seule vésicule se serait développée au point d'effacer le reste de l'organe, qui, parfois, reste atrophié sur l'un des points de la circonférence du kyste, et souvent confondu avec des épaississements cartilagineux et osseux (2). D'après Labalbary (3), il y aurait dans ce dernier cas véritable hypertrophie de l'organe dans sa substance ou stroma; elle irait jusqu'à la consistance du fibro-cartilage, au point même d'être dure, comme la transformation squirrheuse. Quand il y a dimensions considérables du kyste, l'ovaire n'est plus reconnaissable; c'est comme un petit appendice, une nodosité située à la partie la plus déclive de la tumeur et il peut ou non, par sa propre substance, contribuer à former le pédicule de la partie inférieure des enveloppes de la tumeur.

2. Le volume de ces kystes est généralement beaucoup plus considérable que dans les autres espèces; mais si on n'envisage que le kyste simple de Farre et de Kiwisch, il est rare, comme le fait observer Labalbary, qu'il atteigne les dimensions d'une tête d'adulte.

3. Leur accroissement est lent. — Le développement uniforme qu'il subit lui donne une forme globuleuse, arrondie, régulière : la tumeur est ovoïde, à petite extrémité située du côté du bassin lorsque le volume est considérable, quelquefois elle est piriforme (4). Parfois ces kystes sont multilobés, étranglés, multiples (5).

4. Leur capacité est variable : d'un verre à 20, 30 litres et plus. Le liquide que ces kystes contiennent est séreux, ascitique, d'une couleur

(1) *Anat. pathol. du corps humain*, livr. 5, p. 1, pl. III.
(2) HOOPER. *The morbid. anatomy of the human Uterus*. Lond. 1832, in-4°, pl. XX.
(3) *Loc. cit.*, p. 5.
(4) Atlas de BOIVIN et DUGÈS, pl. 39, édit. belge.
(5) ANDRAL cité par BOIVIN et DUGÈS, II, 227, édit. belge.

jaune verdâtre, tenant quelquefois en suspension quelques flocons blanchâtres ; mais il n'y a rien de fixe à cet égard, car le liquide peut être de différentes natures (1).

Très-rarement on y rencontre des acéphalocystes. (V. Contenu).

5. Presque toujours ils sont situés du côté de l'ovaire qui leur a donné naissance (Boinet) : ils siégent fréquemment dans le cul de sac recto-vaginal à cause de leur peu de volume (Labalbary).

6. Ces kystes sont ordinairement sans adhérences avec les parties voisines.

7. Ils sont relativement très rares (2); mais, comme l'observent Boinet et Labalbary, c'est parce que les malades ne s'aperçoivent d'ordinaire de la présence d'une tumeur que lorsque le kyste simple est déjà devenu kyste multiloculaire par accroissement endogène.

2. DES KYSTES MULTILOCULAIRES.

1. Sont constitués par :

a) Le cloisonnement d'un grand kyste.

b) L'agrégation de petits kystes primitivement indépendants : c'est rare.

c) La prolifération endogène, le bourgeonnement de la membrane interne qui produit ainsi des kystes secondaires, lesquels peuvent même donner naissance de la même façon à des kystes tertiaires ou de troisième ordre.

2. Le cloisonnement et le sous-cloisonnement de la poche kystique peut amener une infinité prodigieuse de loges (3) d'un volume très-variable ; d'un grain de millet à celui d'une noix. Suivant Cruveilhier (4), ces loges

(1) LASKOWSKI *Loc. cit.*, p. 7.
(2) MECKEL et P. FRANCK (p. 311) en ontobservé.
(3) MONRO. *Essai sur l'hydropisie*, pp. 222 et 229.
STRAMBIO. *Nouv. Bibliothèque méd.* III, 287, 1826.
CRUVEILHIER. *Anat. pathol. du corps hum.*, 5e livr., pl. III.
DELPECH. *Chir. cliniq.*, II, 192.
ALQUIÉ, de Montpellier. *Monit. des hôp.*, 1857, nos 76,77.
(4) Pages 2 et 3, *loc. cit.*

communiquent toutes entr'elles par des ouvertures circulaires faites comme à l'emporte-pièce. Jobert regardait aussi cette disposition comme la plus générale, et Cline (1) montrait une préparation qui prouvait qu'une seule ponction pouvait vider tout un kyste multiloculaire. Or cette disposition n'existe au contraire que très-rarement, et seulement pour les kystes cloisonnés proprement dits : les matières différentes de couleur, de consistance et de nature, contenues dans les différentes loges ou cellules voisines les unes des autres, prouvent seules leur non-communication (2). Neuf fois sur dix les cellules ne communiquent pas et une seule ponction ne produit qu'un soulagement partiel. (V. pl. I, fig. 1, pl. II, fig. 1 et 2, pl. IV).

3. D'une forme ordinairement irrégulière, à sillons plus ou moins profonds, ils sont quelquefois totalement divisés en 2, 3 ou 4 tumeurs réunies entr'elles par des pédicules plus ou moins effilés (3), plus ou moins larges, plus ou moins gros. — Souvent une grande poche mère se trouve au milieu d'un grand nombre de kystes plus petits.

4. Contenu en général épais, filant, visqueux. — Dans les kystes formés non par juxtaposition, mais par prolifération, par endogène; il arrive parfois, suivant Ordoñez (4), qu'il existe un grand nombre de petites poches nageant dans le liquide qui remplit l'intérieur d'un grand kyste.

5. Volume moins considérable que celui des précédents : noix, orange jusqu'à tête de fœtus : dans quelques cas cependant on a vu la tumeur remplir tout l'abdomen. Quand il y a des kystes multiples, l'antérieur se développe ordinairement le plus (5); tandis que, d'après Boivin et Dugès (6),

(1) In Churchill. *Loc. cit.*, p. 606.

(2) Nauche. *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. I, 165.
Howitz. *Acta nova societatis Hafniensis* III, 1829.
Berger. *Dissertatio quâ graviditas apparens ex tumore ovarii dextri, etc.* Wittemberg, 1822.
Lemaire. *Revue médicale*, février 1835.
Pommier. *Bullet. de la Société anatomique*, 5e année, p. 185.

(3) Andral. — Murray in *Edinburg Med. and Surg. Journ.* Avril 1828.
Ordonez. In *loc. cit.*

(4) *Examen d'une tumeur multiloculaire* in Thèse Herrera Vegas et in Boinet. *Loc. cit.*

(5) Andral. *Anat. pathol.*, t. II.— Pour les kystes multiples, V. Paget (*Lectures on Tumours*, 1853. — *System of Surgery*, 1861) qui en a donné une excellente description.

(6) *Loc. cit.*, II, p. 227.

le volumineux se trouve en avant sous l'influence de son poids énorme.

3. DES KYSTES MIXTES OU COMPOSÉS.

1. Caractérisés par l'association, aux productions décrites plus haut et dans des proportions variables, de nouveaux éléments pathologiques normaux ou anormaux, simplement hypertrophiques ou dégénérés, ou même particuliers à l'ovaire.

2. Outre l'hypertrophie de l'ovisac ou du tissu propre de l'ovaire, il y a dans les kystes dont nous nous occupons :

A. Hypertrophie d'une partie de la trame de l'organe avec infiltration de diverses natures, ce qui détermine en plusieurs points une épaisseur et un aspect particuliers, qui ont valu à ces tumeurs la désignation de *kystes aréolaires.*

Cruveilhier (1) en établit deux espèces :

a) Loges en nombre très-considérable simulant la structure d'une ruche à miel, les unes isolées, les autres communicantes, à cloisons résistantes ou très-tenues, épaisses ou transparentes.

Quand ces loges sont séparées, elles rappellent par leur disposition le tissu érectile.

Quand elles sont communicantes, elles simulent une grappe de raisin dont les grains seraient rapprochés les uns des autres.

b) Dans une seconde espèce, à la face interne de la poche, naissent des végétations sphéroïdales plus ou moins considérables, grosses comme une aveline ou une pomme de reinette, à structure aréolaire : dans une partie de leur étendue, les parois kystiques présentent elles-mêmes dans leur épaisseur une sorte de gâteau comme le placenta (2).

Beaucoup d'auteurs, et entr'autres Cruveilhier et Spencer Wells, regardent le kyste aréolaire comme une variété du cancer.

(1) Livr. 25, pl. I.
(2) V. Cazeaux. Thèse citée, p. 74.
Boinet. *Loc. cit.*, p. 103.
Compendium de médec prat. Brux. III, 624.

Les kystes ainsi associés au tissu aréolaire peuvent être petits et renfermer un liquide visqueux, gélatiniforme; ou spacieux et contenir un liquide séreux. — D'autres fois on y rencontre un liquide gras, mélicérique comme de la pommade, du beurre; ou du sang plus ou moins coagulé, plus ou moins épais; ou enfin des matières colloïdes, fibreuses, fibro-plastiques, lesquelles matières peuvent aussi infiltrer les parois (1). Nous aurons d'ailleurs à y revenir.

B. Hypertrophie du tissu fibreux formant dans l'ovaire un ou plusieurs fibroïdes saillants dans la cavité kystique, pouvant s'incruster de matières calcaires et devenir d'un volume énorme (2).

C. Formation de cellules épithéliales et se rapprochant par la prolifération de ces cellules, des tumeurs adénoïdes ou adénômes, ou *tumeurs hétéradéniques*.

D'après l'école allemande il faudrait entendre par *Cystosarcôme* (où l'on rencontre, comme l'a avancé Kiwisch, l'hydropisie de la vésicule de de Graaf), la tumeur kystique constituée par des cavités plus ou moins considérables, remplies en partie de liquide et qui se sont formées dans le tissu ovarique :

a) Par l'écartement des faisceaux du tissu conjonctif.

b) Par le développement d'une cavité dans la masse fibreuse ou sarcomateuse dont certaines parties de la tumeur présentent la structure. C'est ce qu'on nomme en France : *tumeurs fibro-plastiques*. Becquerel trouve qu'il y a trop peu de différences accusées, pour les distinguer des kystes aréolaires (3).

Bennett les range dans les maladies cancroïdes (4).

La forme de ces tumeurs est bosselée, irrégulière, due au développement inégal des kystes superficiels.

Leur volume dépasse quelquefois celui d'une tête d'homme, mais ils

(1) Boinet. *Loc. cit.*, p. 104.
(2) V. Courty. *Loc. cit.*, p. 924.
(3) *Loc. cit.*, vol. II, 229.
(4) *Treatise on Cancroïde Growths*.

n'acquièrent jamais un développement aussi colossal que celui des kystes multiloculaires.

Les adhérences sont fréquentes et en rapport avec la rapidité de leur développement.

Ils n'affectent ordinairement qu'un seul ovaire.

D. Matière plus ou moins fluide, plus ou moins solide et affectant les caractères physiques des colloïde, squirrhe, encéphaloïde, mélanose, en un mot des diverses variétés du cancer.

a) Dans la tumeur *colloïde, cancer alvéolaire, gélatiniforme*, on trouve de petites poches remplies d'une masse gélatiniforme, se développant dans le parenchyme des ovaires, à parois recouvertes d'un épithélium assez épais. Elles se développent vers la périphérie en cône ou pointe, à sommet fixé au parenchyme; se réunissant, s'adossant de façon à former bientôt une cavité plus ou moins grande, à contenu composé de morceaux coniques d'une substance analogue à de la gélatine (dégénérescence graisseuse de la couche épithéliale qui recouvre les parois adossées pendant qu'elles s'atrophient) (1).

« Les alvéoles, ou espaces cellulaires, ne résultent pas de la dilatation des follicules, car les vésicules de de Graaf paraissent être détruites par leur développement anormal : leur origine doit probablement être dans le tissu connectif ou aréolaire de l'ovaire.

« Les cloisons des sacs consistent en un tissu fibreux très-épais : tantôt les cavités forment de simples échancrures dans une masse fibreuse, dense; tantôt c'est un amas de kystes à parois minces, tandis que toute la masse, qui s'y trouve faiblement contenue, prend l'aspect d'une gelée tremblottante.

« Quant au nombre et à la dimension des grands sacs dans la tumeur, ils sont très-variables et par suite de leur position relativement à sa surface, leurs bords sont doux et réguliers, ou présentent quelques irrégularités qui varient de dimensions.

« Plongées dans la substance gélatineuse des contenus alvéolaires, se trouvent aussi des masses d'un blanc opaque, ressemblant à du blanc

(1) V. Scanzoni. *Loc. citat.*
Eichwald. *Die Colloidentartung der Eierstocke. Würzb. med. Zeitschr.* 1864, s. 270.

manger où à de la crême épaisse : on trouve mêlés à ces contenus, dans des proportions variables, soit des noyaux de cellules épithéliales, soit des corpuscules ovales, des granules, des molécules de graisse et des filaments délicats.

« Outre ces contenus, on peut souvent observer à l'intérieur de l'alvéole soit suspendus, soit s'élevant de la cloison, des amas de produits filiformes, des villosités telles qu'on les trouve particulièrement dans le cancer villeux : fréquemment le type de structure alvéolaire n'est pas généralement répandu dans toute la masse : il peut former seulement une faible partie de l'ovaire malade, tandis que la plus grande partie est composée d'un ou de plusieurs grands kystes avec des contenus semblables à ceux déjà décrits (1). »

A la coupe de ces tumeurs, on retrouve la charpente réticulaire du tissu conjonctif, dans lequel rampent les vaisseaux, et circonscrivant des cavités qui renferment de la substance gélatiniforme.

Cette masse gélatiniforme dans la première coupe, est traversée par des lignes blanches et opaques ; on rencontre la même disposition à une coupe perpendiculaire à la première, d'où il résulte un ensemble de cylindres, prismes, etc., situés les uns à côté des autres.

Quelquefois cette masse gélatiniforme se liquéfie dans un point de la tumeur et forme un liquide jaune paille, gris jaunâtre, floconneux, laiteux, visqueux, alcalin.

Les parois de l'alvéole qui renferme cette substance gélatiniforme liquéfiée peut exsuder de l'albumine ou de la fibrine :

1° Qui se dépose et se coagule sur les parois.

2° Qui se transforme en matière purulente ou septique.

Le sang qu'on y trouve parfois mélangé provient :

1° De la rupture des vaisseaux par distension des parois.

2° De vaisseaux ramollis pendant l'atrophie des parois intercellulaires.

D'après Virchow (2) à qui sont empruntés les détails qui précèdent, les

(1) Farre. *Loc. citat.*

(2) Selon Becquerel (*Loc cit.*, II. 228), Virchow, dans la description des divers états de ces tumeurs, n'aurait en définitive ajouté à la description de Cruveilhier que l'examen microscopique, ce que le médecin de la Pitié considère comme question secondaire !

caractères de la tumeur colloïde se tirent de la charpente réticulaire avec la masse gélatiniforme. Kiwisch lui oppose l'existence de tumeurs pareilles sans alvéoles, et d'autres pourvues d'alvéoles mais privées de matière gélatiniforme, ou enfin l'existence, avec la tumeur colloïde de Virchow, de petits kystes multiloculaires de nature différente; ce qui prouverait que tous les kystes ovariques multiloculaires ne dépendent pas d'une dégénérescence gélatiniforme de ces organes. Ce à quoi Virchow répond en expliquant que divers obstacles ont empêché le développement complet de la tumeur colloïde.

La forme de ces tumeurs est ordinairement irrégulière, à plusieurs lobes.

Elles sont souvent compliquées d'adhérences.

b) Dans le *cysto-carcinome* une masse cancéreuse médullaire se développe :

1° Dans les parois de la tumeur.

2 A la surface interne des parois en tumeurs plus ou moins saillantes vers l'intérieur du kyste.

3° En infiltration dans les excroissances papillaires qui tapissent ces parois et qui, pédiculées ou sessiles, toujours molles, très-vasculaires, peuvent remplir complètement la cavité kystique et même la perforer pour se développer ensuite à l'extérieur de la tumeur.

Le liquide, quand il y en a encore, est :

1° Ordinairement limpide, parfois sanguinolent (hémorrhagie).

2° Parfois gélatineux (le colloïde l'accompagne fréquemment).

3° Exceptionnellement on y trouve des poils, des dents, des os, de la graisse.

4° Moins fréquemment encore des cartilages.

Le développement est rapide : ces tumeurs peuvent souvent, en quelques mois, devenir grosses comme un utérus gravide.

La forme en est bosselée ; à bosselures plus volumineuses que le poing d'un adulte.

Becquerel (1) considère le cystosarcôme comme une variété des cancers de l'ovaire et l'élimine des kystes aréolaires gélatineux de Cruveilhier.

(1) *Loc. cit.*, II, 230.

(c) La variété mélanique du cancer de l'ovaire ainsi que le squirrhe sont très-rares.

1. La *trompe*, son *canal*, son *pavillon* peuvent être dilatés en kystes seuls ou compliquant un kyste ovarique (Farre). La trompe peut être dilatée à un point énorme, comme le prouve la pièce présentée par M. Provent à la Société anatomique de Paris, et où la trompe mesurait 35 centimètres depuis son origine à l'utérus jusqu'à son pavillon (1).

2. Il peut y avoir écoulement par l'utérus du contenu de ces kystes (2), et cela continuellement, au moment des règles, après celles-ci, ou au moment des rapports conjugaux (3).

3. D'après Richard (4), une vésicule de de Graaf est assaillie par l'effort morbide qui doit la transformer en kyste ovarien, mais un œuf arrivé à maturité y est contenu : pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule : celle-ci se vide... la vésicule malade ne se referme pas, car au lieu de former un corps jaune, elle continue à verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend : c'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi croissent ensemble, d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit.

4. Pour Boinet il ne s'agirait là que de kystes ovariques se vidant par la trompe, et cet auteur trouve fort peu concluantes les raisons qu'apporte Bauchet (5) pour établir la distinction entre les kystes de l'ovaire et les kystes des trompes.

Nous n'avons du reste pas à nous y arrêter davantage.

(1) Voir *Compte rendu des travaux de la Soc. anat.* pour l'année 1855, par le docteur Axenfeld, secrétaire, article *Ovaires*. — *Gaz. hebdom.*, 1866, p. 484.

(2) Boivin et Dugès, II, 580. Paris, 1833.
Follin. *Loc. cit.*
Morgagni. *Loc. cit.* Lettre 33e.

(3) Boinet. *Loc. cit.*, p. 107.
Adolphe Richard. *Mémoires de la Soc. imp. de chirurgie*, III, 121.

(4) *Lecture.* — *Acad. imp. de méd.* 10 février 1857.

(5) *Mém. de l'Acad. imp. de méd.*, t. XXIII, p. 59.

4. DES KYSTES DERMOÏDES (1).

1. *Kystes : fœtaux, fœtaux par inclusion, par pénétration, pileux, pilifères.*

2. Ils ont une enveloppe formée de tissu cellulaire et de tissu fibreux avec points cartilagineux, plaques ostéo-calcaires, etc.

3. *Contenu :* sang, caillot, paquets de fibrine, sérosité parfois en très-grande quantité, matières grasses comme du vieux beurre ou de la pommade, puis : os, dents, poils, peau, etc., lesquels sont quelquefois incrustés dans les parois.

Virchow regarde les os comme produits par l'ossification du tissu cellulaire des parois, tandis que la graisse serait due au développement successif de la couche d'épithélium pavimenteux de la surface interne. Cette graisse est le plus souvent liquide, orangée, ou bronzée et quelquefois en grumeaux solides (cholestérine). Cruveilhier compare cette production au gras de cadavre et la fait dériver du tissu cellulaire. Mêlée aux poils, elle forme les *globes pili-graisseux de Rokitanski.*

Le cartilage se rencontre le plus ordinairement dans les excroissances papillaires.

4. *Volume :* celui d'une noix à celui d'un œuf de pigeon, d'un œuf d'oie (2), d'une tête d'adulte et même à celui de l'utérus gravide.

Généralement ces tumeurs atteignent rarement le volume des autres kystes ovariques. Blumenbach cependant cite le cas d'une tumeur dermoïde très-développée (3). Celui dont Liégeois a donné la description mesurait 24 centimètres de diamètre et pesait 4 kil. 100 (4). Quelques kystes isolés atteignent le plus souvent seuls ce grand développement, pendant qu'à la base de la tumeur on rencontre les autres en arrêt de développement.

5. Velpeau, qui a tracé une histoire intéressante de ces kystes (5), les divise en trois ordres :

(1) Excellentes description et critique de M. le docteur FABRE, *loc. cit.*

(2) LABOULBÈNE. *Gaz. méd. de Paris*, 1853, n°s 5, 29. *Monatschr. f. Geburt.*, mai 1853. Voir aussi LEVIN, *Hygiea*, B^{d} XIII, 1853 et *Monatschr. f. Geb.*, aug. 1853.

(3) In LABALBARY. *Loc. cit.*, p. 31.

(4) *Gaz. des hôp.*, 1869, 559.

(5) *Dictionnaire de médecine. Loc. cit.* et édition de Paris, t. XXII, p. 581.

1° Kystes qui paraissent dépendre de la même cause qui a produit l'organisme qui les contient ;

2° Kystes qui paraissent dépendre d'une fécondation incomplète ;

3° Kystes dans lesquels les productions morbides (graisse, poils, dents) paraissent des productions du sac qui les renferme (1).

5. DES HYDATIDES DE L'OVAIRE.

1. Cette variété de kystes, dont l'histoire au reste se confond avec celle de l'hydropisie de l'ovaire, niée par Boinet et par beaucoup d'autres, est effectivement d'une rareté excessive. Sur 12 cas d'hydatides du petit bassin relatés dans le mémoire de Charcot (*Gaz. méd.*, 1852), 6 appartiennent à la femme et 2 fois à l'ovaire. Il est cependant des faits qu'on ne peut révoquer en doute. Telle est entr'autres l'observation suivante (2) dont nous transcrivons la partie relative à l'autopsie :

2.... « A peine le bistouri, conduit sur la face palmaire de l'index gauche, a-t-il entamé la poche, qu'il s'en écoule une grande quantité de liquide diaphane, de couleur citrine. Le doigt introduit dans l'ouverture, pénètre dans une vaste poche aux parois de laquelle paraissent adhérer des flocons membraneux. On extrait avec une pince à pansement quelques lambeaux membraneux d'un blanc de perle et d'une consistance gélatineuse ; une pince à polypes, substituée à la première, amène au dehors sans la morceler, une membrane d'un grand volume, d'un blanc nacré, épaisse, tremblottante, se roulant sur elle-même : c'est une *acéphalocyste.* »

3. On trouve aussi dans Haller (3) une observation rapportée par Vater et qui paraît se rapporter au genre de kystes que nous décrivons : « une femme de 40 et quelques années se crut grosse parce que ses règles étaient arrêtées, que son sein était gonflé de lait et qu'elle s'imaginait sentir le mouvement de son enfant. L'enflure augmenta considérablement pendant

(1) Consultez le travail très-complet et rempli d'une critique judicieuse du professeur HESCHL : *Ueber die Dermoïd-Cysten. Prager Viertelj. Schr. f. prakt. Heilk.* 1860, Bd IV.

(2) *Clinique des hôpitaux*, II, n° 46. — *Bibliothèque du médecin praticien*, I, 679. Cette observation est également citée par CRUVEILHIER (BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*, p. 225).

(3) *Collection pathol.*, t. IV, p. 400.

trois ans et demi : on l'ouvrit après sa mort : il sortit de son ventre plus de trente mesures d'une eau jaunâtre très-fétide, et on trouva une tumeur énorme formée d'une quantité innombrable d'hydatides, rondes, de diverses grandeurs, remplies d'une humeur muqueuse et purulente (1). »

4. Huhnercwolff trouva chez une femme, accouchée une fois, l'ovaire et la trompe confondus, tellement ces organes étaient remplis d'hydatides (2).

5. L'ovaire hydatique a plus de tendance à se développer du côté du périnée que de l'abdomen : il tombe dans le cul-de-sac recto-vaginal où il contracte des adhérences avec les parties voisines, perd sa mobilité, se confond avec les kystes du tissu cellulaire, rentre dans leur histoire et présente les mêmes indications (Charcot. Mémoire cité).

CHAPITRE III.

STRUCTURE DES KYSTES DE L'OVAIRE.

1. Au début de tous les kystes ovariques, dit Forster (3), on trouve de petits kystes néoplastiques, à parois remplies de matière colloïde et tapissées par de l'épithélium ; puis leur développement a lieu ; la matière colloïde augmente, les vésicules confluent, les parois qui les séparent se rompent et finissent par constituer un kyste unique plus ou moins volumineux.

(1) Voir Monro. *Essai sur l'hydropisie*, etc., pp. 224, 233 notes.
Journal gén. de médecine, juillet 1828.
Froriep's Notizen, n° 747, 1832.
Mém. de l'Acad. royale des sciences, 1771.
Acta Berolinensia, t. VII, p. 76.
Boivin et Dugès. Paris, 1833, II, 521.
C. Hawkins. *General Remarks on the Hydatids generated in human body*. In *Méd. chir. Transact.*, vol. XXXI, p. 233.
Basset. *Bulletin de la Soc. anat.*, 1828.
P. Dubois et Boivin. *Rev. méd.*, 1838. — Charcot. *Kystes hydat. du petit bassin. Mém. de la Soc. de biologie*, 1852, IV, 101.

(2) *Acta A. C. Leop.* Vol. XIX, obs. 95.

(3) *Man. d'anat. pathol.*, 1853. Forster n'a fait que résumer Scanzoni et celui-ci, a à son tour, développé les opinions de Virchow, mais en oubliant un peu trop Cruveilhier (Becquerel, II, 217, 218).

2. Selon Jones et Sieveking (1) les kystes congénitaux sont des cellules granuleuses, de forme circulaire avec des parois bien accusées remplies de liquide; ces parois ont de 3 à 7/10,000es de pouce d'épaisseur (2), incolores, renfermant un nucléole plus ou moins granuleux, des corpuscules identiques avec ceux du sang bien que non renfermés dans des vaisseaux : elles sont formées par du tissu fibreux très-mince recouvert de cellules très-délicates.

3. On peut trouver en petit, sur les ovaires, toutes les variétés des kystes ovariques que nous avons décrites, en miniature, pour ainsi dire, et cela même sur des ovaires gros à peine comme un œuf de pigeon et dans des proportions d'une netteté remarquable. Ce sont peut-être des kystes à leur première période, qui avortent faute de nutrition (3).

4. Quelques tumeurs, spécialement les uniloculaires, tirent du stroma de l'ovaire une enveloppe incomplète plus ou moins limitée à leur point d'implantation, surtout lorsque dès leur origine les vésicules dilatées étaient profondément situées : alors en se développant, elles poussent devant elles le stroma qui les recouvre.

5. En tirant directement le sang qui l'alimente de la partie ovarique qui la fournit, la tumeur ovarique se distingue nettement par là du kyste hydatique.

6. *a*) D'après Dubreuil (4), qui a étudié très-soigneusement cette partie de l'anatomie pathologique des kystes ovariques, il y aurait quatre tuniques constituant leurs parois :

1° Séreuse; 2° fibreuse; 3° musculaire; 4° adventive ou interne, d'une nature particulière.

b) Fleichman, si l'on s'en rapporte à Dubreuil, a fait mention d'une membrane *musculaire* recouvrant l'ovaire hydropique.

c) Les auteurs cependant n'indiquent qu'une seule enveloppe fibreuse de même structure que celle de l'ovaire dans l'état sain, mais plus épaisse.

(1) *Pathological Anatomy*, p. 705.
(2) Le pouce anglais = 2,539954 centimètres.
(3) Cruveilhier. *Anat. pathol. gén.*, III, 445. Paris, 1856.
(4) *Consid. anat. pathol. sur l'hydrop. de l'ovaire.* In *Journ. Hebdom.*, II, 261, 1835.

Les auteurs du *Compendium* n'ont jamais vu non plus les quatre tuniques de Dubreuil.

d) Ordoñez ne renseigne que trois couches (1) :

1° Séreuse, péritoine hypertrophié offrant un grand nombre de vaisseaux à sa surface interne;

2° Fibreuse, moyenne, adhérent plus ou moins à la séreuse et renfermant, d'après Jobert de Lamballe (2), une quantité plus ou moins grande de fibres musculaires ;

3° Épithéliale, constatée dans quelques cas par Verneuil, Follin, Ordoñez, mais manquant souvent. C'est la troisième tunique appelée *muqueuse* par Jobert.

Quant à la couche musculaire de l'anatomo-pathologiste de Montpellier, elle n'a jamais été observée par d'autres.

ARTICLE PREMIER. — ÉPAISSEUR DES PAROIS KYSTIQUES.

1. Elles peuvent être très-minces et flexibles (3). Chomel, dans ses *Leçons cliniques* (4), cite un cas dans lequel la poche kystique formait une couche séreuse, diaphane et ce n'est que par une dissection attentive qu'on acquit la certitude qu'elle appartenait à l'ovaire dont elle formait une loge devenue le siége d'une collection de sérosité.

2. Cela est rare : la poche est rarement mince et transparente (5). Les parois sont souvent épaisses de 1 à plusieurs millimètres, jusqu'à 2 et 3 centimètres et même 8 et 10 centimètres (6), et cette épaisseur des parois n'est pas en rapport direct avec le volume du kyste, comme le pensait Hirtz (7).

(1) In *Thèse* Rafael Herrera Vegas.

(2) In Laskowski. *Thèse cit.*, p. 13.

(3) Labalbary. *Loc. cit.*, pp. 4 à 19.

(4) In Laskowski, p. 15.

(5) Hooper. *The morbid anatom. of the hum. uterus*. Londres, 1832, in-4°, pl. XX.

(6) Mouton in Velpeau. *Dict. de méd. de l'Encyclogr. des sciences méd.*, p. 305.

Stockwell, Wilson (Labalbary, pp. 4 à 19) et Hooper (*loc. cit.*), en ont vu d'un pouce d'épaisseur.

(7) *Thèse de Strasbourg*, 1841.

Martineau. *Philosophical transact.* t. 74.

Ch. Bernard. *Arch. gén. de méd.*, 1856, II, 465.

3. La consistance pariétale varie jusque dans les diverses parties du même sac : généralement les parois du kyste primitif sont plus épaisses.

4. Cet épaississement peut tenir à une simple hypertrophie des tissus, mais plus fréquemment à une production morbide située dans les parois elles-mêmes : l'inflammation, des tubercules, des hydatides (1), ou plus rarement des dépôts cancéreux (2), peuvent le produire.

Bourdon a rencontré une fois, dans l'épaisseur des parois d'une tumeur kystique, des parties osseuses ressemblant parfaitement à certaines parties du squelette d'un fœtus et pouvant faire croire à une grossesse extra-utérine ancienne (3).

5. Les parois ne sont pas toujours d'une égale épaisseur : elles sont toujours plus épaisses en tous cas à l'endroit où le kyste est attaché à l'ovaire, soit par un pédicule, soit par une base large.

Parfois le sac est épaissi au milieu de sa cloison (4).

Les vieux kystes de petit volume, qu'on rencontre chez de vieilles femmes, sont souvent ossifiés dans leurs parois (5).

6. L'inflammation peut ramollir, rendre friable, ulcérer, gangrener, perforer ces parois, ou enfin en amener la dégénérescence calcaire.

7. Les parois du kyste pileux sont denses, épaisses, constituées par plusieurs couches de tissu fibreux (Cruveilhier).

Selon Lebert on y distinguerait (6) :

1° Une couche fibroso-cellulaire, doublée d'une couche fibreuse : *kyste adventif ;*

2° En dedans on trouve souvent une coque ossifiée, partie de la couche fibreuse ossifiée ;

(1) Observ. 16 de Bourdon, reprise du mémoire de Camus. *Rev. méd.*, 1838, p. 42.

(2) Ce que Ledran a le premier constaté (Velpeau. *Dict.*, etc., p. 305).

(3) *Encyclog. des sciences méd.*, 4° série, t. VIII, p. 66 et *Rev. méd.*, août, 1841.

(4) Labalbary, *loc. cit.*

(5) Le kyste présenté par Delestre à la Société anatomique de Paris (*Gaz. hebd.*, 1866, p. 484), était ossifié, à coque complètement close, sphérique et renfermait un peu de sérosité rougeâtre.

(6) Becquerel, II, 275.

Pour plus de détails consultez surtout : Himly. *Beiträge zür anat. und physiol. Geschichte des fœtus*, etc., 1831.

3° En dedans de la couche fibreuse, une troisième couche analogue à la peau.

4° Au-dessous, un derme bien organisé renfermant des papilles, et même, quand il y a de la graisse, des glandes sébacées avec conduits excréteurs et glandes sudoripares.

ARTICLE DEUXIÈME. — STRUCTURE DE LA SURFACE EXTERNE.

1. C'est la membrane péritonéale considérablement distendue et hypertrophiée.

2. Elle est brunâtre ou ardoisée, se laissant facilement isoler du tissu cellulaire sous-jacent qui est lâche et infiltré.

3. Lisse, luisante, opaline dans les kystes uniloculaires; rugueuse, terne, étranglée, bridée dans certains points ou incrustée de plaques calcaires, de points d'ossification, dans les kystes multiloculaires.

4. Souvent parcourue par un grand nombre de vaisseaux pénétrant parfois dans l'épaisseur des parois.

a) Les artères sont disposées sans symétrie. — Dans la pièce dont Ordoñez a donné la description (1), les capillaires de la première membrane très-vasculaire, étaient disposés en mailles généralement polygonales.

Ces artères sont généralement peu importantes : quelquefois cependant on en trouve à la partie inférieure du kyste, dans le pédicule, qui pourraient donner lieu à des hémorrhagies graves si on les ouvrait.

b) Les veines, plus volumineuses, sont disposées sur deux plans : superficiel et profond (Pl. I, fig. 1), ce dernier plan accompagnant les artères : elles sont dépourvues de valvules et rappellent les sinus de la dure-mère (2) : leur calibre considérable constitue un danger pour la ponction.

Delpech prétendait que les sinus de Cruveilhier sont des artères, qu'il

(1) *Thèse* Herrera Vegas. pl. II.

(2) Dubreuil, 263, 264.

Cruveilhier in Cazeaux. *Thèse cit.*, p. 80, et *Anat. path. gén.*, in-8°, Paris, 1856, III, 408.

les avait disséqués avec soin, et qu'il avait trouvé des parois vasculaires épaisses comme le petit doigt (1).

6. Lizars rapporte (2) qu'après l'incision des parois abdominales et du péritoine, on sentit par le toucher, sur la surface morbide, des vaisseaux d'une telle grosseur, qu'on aurait pu les prendre pour de petits intestins : ils appartenaient à l'épiploon et recouvraient la tumeur en pénétrant dans sa substance.

7. Dubreuil (3) a fait un tableau de la mensuration des vaisseaux de ces tumeurs :

	Artères rampant à la surface externe des parois d'un kyste ovarique.	Veine satellite.	Veine isolée, rampant à la surface interne du kyste.
Diamètre total	1 1/2 ligne.	2 lignes.	4 lignes.
Épaisseur des parois	1/4 »	1/8 ligne.	1/4 ligne.
Lumière du vaisseau	1 »	1 3/4 »	3 1/2 lignes.

8. Quelquefois les pulsations des artères sont visibles : il y a *bruit de soufflet* très-distinct, analogue au *souffle placentaire*.

9. On trouve parfois, dit Tavignot (4), adhérentes aux parois des cellules des kystes multiloculaires, des vésicules dont le volume varie depuis celui d'un œuf jusqu'à celui d'une orange : d'après Teissier (5) ce seraient des ovules hypertrophiés, et d'après d'autres, ce serait dû à un épanchement sanguin antérieur (6). Dans l'observation IX de Kœberlé, à la surface externe de l'ovaire gauche, étaient un grand nombre de tumeurs épithéliales pédiculées, ramifiées, dont deux ou trois avaient acquis le volume d'une noix (7) (Pl. III, fig. 1).

10. Le microscope signale quelquefois des éléments fibro-plastiques dans la tumeur ovarique, d'où crainte de cancer et de récidive; or

(1) In Cazeaux, p. 80. — Churchill, *loc. cit.*, p. 607. — Velpeau. *Dictionnaire de méd. de l'encyclogr.*, p. 505. — Boivin et Dugès, Paris, 1833, II, 523. — Hooper, *loc. cit.*, pl. XX.

(2) In Dubreuil, *loc. cit.*

(3) Churchill, p. 608.

(4) Expérience n° 160. *Encyclographie des sciences médic.*, 1840, 2e série, II, 523.

(5) *Bulletin de la Soc. anatom.*

(6) *Dictionnaire* en 60 volumes : art. *Hydropisie* par Itard.

(7) *Opérations d'ovariotom.*, p. 131.

l'ovaire est rarement cancéreux, et dans tous les cas l'état général de la malade doit être sévèrement interrogé (1).

11. On rencontre quelques filets nerveux à la surface externe des kystes, provenant probablement du plexus utéro-ovarien, mais pas le moindre élément nerveux propre à ces tumeurs.

12. La face externe des kystes pileux est intimement unie aux parties voisines : lisse ou rugueuse, et souvent avec plaques cartilagineuses ou crétacées.

ARTICLE TROISIÈME. — STRUCTURE DE LA SURFACE INTERNE.

1. Lisse, luisante, polie comme la surface interne du péricarde (2), quand le liquide est clair, séreux; tomenteuse, revêtue de fausses membranes, de fongosités rougeâtres, mamelonnées, lorsque le liquide est puriforme (3).

2. Dans les kystes uniloculaires, dont la surface interne est ordinairement lisse, on rencontre parfois des mamelons plus ou moins nombreux et des végétations à leur base, ce qui dénote alors une tendance de ces tumeurs à devenir multiloculaires.

3. D'après Ordoñez, qui admet que les kystes uniloculaires se développent le plus souvent, non dans l'ovaire, mais dans les vestiges du corps de Wolff, ils auraient alors des enveloppes d'une épaisseur moindre, ce qui concorderait avec l'opinion émise par Hirtz (4).

D'après Follin, leur couche interne est formée de cellules présentant les caractères spéciaux aux cellules épithéliales qui revêtent la face interne des canaux glandulaires du corps de Wolff : contours nets, transparents, sans granulations intérieures, et renfermant un noyau très-visible (5) : ces cellules épithéliales à noyaux sont identiques avec celles qu'on rencontre dans le liquide y contenu (6).

(1) Boinet. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1862, p. 680.
(2) Tavignot, *loc. cit.*, juillet 1840, p. 54.
(3) Morand, Burns. — Voir Boivin et Dugès, édit. belge, II, 227.
(4) V. Boinet, *Mal. des ovaires*, p. 100.
(5) Boinet, *loc. cit.* p. 100.
(6) Bennett, in Churchill, *loc. cit.*, p. 615. — Herpin, *Union médic.*, 1855.

4. La face interne des kystes fœtaux est plus ou moins anfractueuse, rarement lisse, quelquefois tapissée par un tissu cutané (dans un espace limité) parfaitement organisé, et qu'on a même trouvé, dans un cas, doublé de tissu adipeux (Cruveilhier) : on y rencontre une grande quantité de pores d'où sortent les cheveux : quand on ne rencontre pas ce tissu cutané, c'est qu'il s'est transformé en tissu fibreux.

5. Si le kyste est hématique, on retrouve les altérations décrites par Velpeau et Gosselin pour l'hématocèle de la tunique vaginale : caillots fibrineux adhérents aux parois du sac ; fausses membranes plus ou moins épaisses à couches stratifiées. — Boinet se demande si ce ne seraient pas là des hématocèles rétro-utérines enkystées.

6. Outre ces altérations dues au contenu, on trouve aussi des plaques cartilagineuses, osseuses ; des tumeurs fibreuses, fibro-cartilagineuses plus ou moins volumineuses ; des végétations mamelonnées etc. : c'est à ces complications qu'il faut rapporter en grande partie les formes décrites sous le nom de : *stéatome, sarcome, squirrhe, ostéosarcome, ossification de l'ovaire* (1).

7. L'altération la plus remarquable, dont on trouve à l'autopsie les kystes affectés, est bien certainement les ulcérations quelquefois très-étendues, mais toujours très-profondes, dont leur surface interne est parsemée : elles préparent les perforations spontanées (2). Il y a eu inflammation aiguë ou suraiguë de la surface interne qui, tout en expliquant la rapide augmentation du kyste, amène aussi la désagrégation, ou perforation par ulcération de la cloison qui sépare les kystes entre eux, et enfin la rupture de la tumeur elle-même (Labalbary).

8. L'inflammation progressive s'étend fréquemment à la surface péritonéale du kyste et de là aux organes contigus : l'enveloppe péritonéale devient ainsi plus épaisse et plus opaque, et souvent il y a épanchement de lymphe qui la fait adhérer aux parties adjacentes (*ibid*), car l'épanchement de lymphe, de pus et la formation de la gangrène, peuvent avoir lieu par

(1) BOINET, *loc. cit.*, p. 66.
(2) ARAN, *loc. cit.*, p. 1053-1054.

l'inflammation de tout le tissu d'enveloppe du kyste, comme dans une cavité séreuse.

9. La couche interne des kystes, selon Ordoñez (1), est parcourue par une série de capillaires procédant de la couche externe, mais affectant des directions différentes (Pl. XXIII, fig. 4, 5, 6 et 7).

Après avoir parcouru la surface externe de la deuxième membrane (2), ils la traversent et s'étalent à la partie la plus profonde en groupes composés d'un certain nombre d'anses capillaires très-riches, s'anastomosant, et disposées en leur trajet comme les vaisseaux capillaires centraux des villosités choriales et placentaires, avec cette différence que ces dernières ont un bourgeonnement régulier, de façon à former des capillaires qui présentent généralement un diamètre proportionné, tandis qu'à la face interne de la deuxième membrane des kystes, il y a dilatation caractéristique d'un état pathologique (3). — A l'œil nu, la disposition des vaisseaux les fait ressembler à un pointillé sanguin.

Ces groupes, que nous venons de signaler, se montrent à différents degrés de développement.

Il y a pour quelques-uns un état de régression : le sang est en grande partie décomposé, devenu comme granuleux, et détermine une coloration jaunâtre qui tranche à côté du pointillé rouge. Cette régression s'opère de trois manières différentes :

1° Il y a atrophie des capillaires par incrustation successive et abondante de leurs parois par des carbonates et phosphates de chaux, de ma-

(1) In *Thèse* HERRERA VEGAS, pl. II, fig. 3, 4, 5 et 6.

(2) Nous avons vu (p. 49) qu'ORDONEZ n'admet que 3 couches, et que la 3e, ou la couche épithéliale, manque souvent d'après lui : pour cet auteur également, les vaisseaux de la première couche sont disposés à sa face interne.

(3) Dans le mode de terminaison de ces capillaires, ORDONEZ croit avoir découvert la véritable genèse des kystes, et l'explication des différents aspects présentés par le liquide contenu dans leur cavité. Dans la pièce pathologique de la malade, sujet de la première observation de PÉAN, et examinée par ORDONEZ (PÉAN, *loc. cit.*, 1re édit. pp. 11 et 12), les vaisseaux sanguins de la couche fibreuse interne ou paroi propre des kystes, après avoir rampé à sa surface en entourant le kyste de toutes parts, pénétraient ensuite à l'intérieur des cavités kystiques, et à ce niveau, ils se terminaient par des houppes libres et ne présentant qu'une paroi propre, mince, élastique et renflée de distance en distance, constituant de véritables chapelets. Ces petites houppes vasculaires flottaient à l'intérieur des kystes, et s'entouraient d'une couche qui devient plus tard l'origine d'une nouvelle cavité.

gnésie, dépôt qu'on peut reconnaître par des réactifs (acide sulfurique) et au toucher.

2° Il y a oblitération fibreuse des capillaires sanguins, comme elle a été signalée pour les villosités placentaires par Charles Robin (1).

3° Il y a infiltration athéromateuse des parois par dépôt successif de granulations graisseuses.

10. La couche épithéliale, impossible à constater dans le grand kyste examiné par Ordoñez, était évidente pour les petits : épithélium pavimenteux, mélangé de cellules épithéliales prismatiques à cils vibratils, disposées en petits groupes de 3 à 6 cellules. (Pl. XXIII, fig. 4.)

11. Dans les cystosarcômes de l'école allemande, outre un épithélium pavimenteux lisse, on peut trouver, à la surface interne, des excroissances papillaires vasculaires plus ou moins saillantes, et quelquefois, mais très-rarement, des kystes endogènes (2).

ARTICLE QUATRIÈME. — DU CONTENU DES KYSTES OVARIQUES.

1. Dans les kystes *uniloculaires* ou *multiloculaires à loges communiquantes*, le liquide est souvent clair, fluide, jaune citrin, ou jaune verdâtre, de nature ascitique, d'une odeur fade, légèrement alcalin et moussant beaucoup par l'agitation.

D'après Baker Brown, dont Labalbary reproduit les idées (3), le fluide des kystes uniloculaires, ou de ceux qui ont peu de sac, qui n'ont pas une grande étendue, ou qui n'ont pas subi de ponction, est comme le sérum du sang, jaune pâle ou de couleur paille, et renferme de faibles traces d'albumine limpide, ou mêlée d'une matière d'un aspect plus ou moins muqueux (mais réellement grasse), et quelquefois en quantité suffisante pour avoir une consistance gélatineuse ou visqueuse.

Quelquefois c'est comme une décoction de café, de chocolat (présence de

(1) *Société de biologie*, 26 août 1854.

(2) Scanzoni, *loc. cit.*, p. 354.

V. aussi Spiegelberg. *Ein Beitr. zur Anat. und Patholog. der Eierstockscyst. Monatschr. für Geburtsk.* Aug. u sept. 1859.

(3) *Loc. cit.*, pp. 4 à 19.

l'hématine), un liquide bourbeux de couleur brune foncée, une bouillie comme du chocolat au lait, épaisse, gélatineuse, huileuse : d'autres fois le liquide offre toutes les nuances des hématocèles, du sang mêlé avec une certaine quantité de sérum, comme l'abondance des lycées (coloration sanguinolente assez foncée), surtout quand le kyste a acquis un très-grand développement (il y a eu hémorrhagie par distension des parois) (1): enfin c'est quelquefois du sang plus ou moins pur (2).

2. Le liquide des kystes est albumineux ; c'est donc à tort que Morand et les chirurgiens de son temps prétendaient le contraire, et voulaient par là les distinguer du liquide du péritoine : l'analyse chimique (3) a fait raison de cette erreur (4).

3. De séreux le liquide peut, après une ou plusieurs ponctions, devenir gélatineux, hématique ou purulent, ichoreux ou putride avec développement de gaz fétides ou non, et cela sous l'influence de l'état morbide du sac.

Les mêmes phénomènes peuvent se produire dans des sacs non ouverts quand il y a inflammation spontanée, ou formation de corpuscules de pus dans des contenus gélatineux (Bennett.)

Par la ponction, le liquide peut aussi redevenir séreux, après avoir été hématique ou purulent.

4. Il est très-rare de voir ces modifications s'effectuer, quand le liquide était primitivement gélatineux ou filant. Boinet prétend l'avoir constaté plusieurs fois, et Cruveilhier dit également l'avoir vu, mais il affirme que cela ne peut arriver que sous l'influence d'une ou de plusieurs injections iodées (5).

5. Un fluide gélatineux, de couleur noire, provient d'un ramollissement gangréneux de la membrane interne du kyste, ou plus souvent encore de la putréfaction du sang.

(1) Dolbeau. *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris, 1867, p. 137.

(2) « Trois fois, dit Churchill, j'ai, comme Julia-Fontenelle, rencontré du sang liquide après une ponction, et trois fois la femme mourut. »

(3) V. plus loin : *Analyse chimique du contenu*.

(4) Jobert (de Lamballe), *Gaz. des hôp.*, 1856, p. 306.

(5) Boinet, *loc. cit.*, p. 101.

6. Dans les *kystes multiloculaires à cloisons presque complètes,* ordinairement la substance contenue est filante, albumineuse comme le blanc d'œuf ou une forte solution de gomme arabique. Chomel a vu la cavité remplie d'une sorte de gelée transparente, tremblottante, incolore (1).

7. Dans les *kystes multiloculaires à cloisons complètes,* on rencontre souvent un grand nombre de substances différentes :

Liquide très-fluide (hydrocélique), clair, citrin.

Liquide sanguinolent, purulent, albumineux, noir comme de l'encre, de l'eau de gruau.

Substance graisseuse, athéromateuse, couenneuse (2).

Substance calcaire, plâtreuse (3), crétacée, ressemblant à du jaune d'œuf.

Substance ressemblant à du fromage pourri : substance opaque de couleur blanc jaunâtre, paraissant presque entièrement formée de globules de graisse (microscopique), et constituant une masse demi-solide quand on la dresse : pendant leur formation, ces kystes ont été accompagnés de vives douleurs et de troubles profonds dans l'économie (4).

Substance ressemblant à du miel, fluide mêlé à une sorte de substance cérébrale.

Substance ressemblant à de la colle épaisse, filante ou nullement diffluente (5).

Substance ressemblant à de la lie de vin, à de la saumure fétide (6).

» » à du suif (7).

» » à de la graisse (8).

» » à de l'huile.

» » à l'amurca (9), qui est la partie la plus épaisse de l'huile réservée dans les tonneaux, avec cette différence toutefois que la liqueur kystique épaisse, lourde n'est pas grasse.

(1) Laskoswki, *Thèse cit.*, p. 16.
(2) Morand. *Mém. de l'Ac. roy. de chir.* Obs. de Delaporte, II, 58. Edit. de *l'Encyclogr.*
(3) Baker-Brown cité par Labalbary, *loc. cit.*, p. 18.
(4) Saviard a rencontré une concrétion plâtreuse du volume d'une tête de fœtus.
(5) Atlas Boivin et Dugès, pl. 38, a.
(6) Haller. *Collect. disput. pathol.*, IV, 250.
(7) Ridley. *Hanovr. Annal.*, 1836, IVe cahier.
(8) Haller. *Disput. pathol.*, IV, 486.
(9) Morand. *Mém. de l'Ac. roy. de chir.* II, 61.

Substance celluleuse, argentée (Dubreuil et Dugès). Cruveilhier (1) y a trouvé de petites agglomérations de cholestérine. Selon Boinet, on rencontre parfois de la cholestérine en plus ou moins grande quantité, dans les kystes hématiques surtout. Farre (2) dit que quelquefois la décomposition du contenu kystique est annoncée par la présence de matières cristallines, formées principalement de cholestérine et éparses au fond de la cloison interne.

Tissu squirrheux.
» encéphaloïde.
» colloïde.
» fibreux.
» cartilagineux.

Des substances charnues comme des débris placentaires (3), de la matière cérébrale (4).

Des membranes (5), de la peau (6), des parties osseuses (7), des poils, des cheveux, des dents, des ongles.

Des hydatides.

(1) *Dict. de méd. et de chir. pratiq.*, Paris, 1834, XII, 413, art. Ovaire.
Traité d'anat. pathol., Paris, III, 1856.

(2) In LABALBARY, *loc. cit.*

(3) CHURCHILL, *loc. cit.*, p. 604.

(4) Dans l'autopsie d'une jeune femme de 28 ans, morte du typhus, le docteur HENRI GRAY a rencontré sur l'ovaire gauche un kyste du volume d'une orange, renfermant une substance analogue au cuir chevelu, de l'épithélium mêlé à de la graisse, des cheveux très-longs, des os, des dents et enfin une substance d'un gris blanchâtre, reconnue au microscope pour de la matière cérébrale. (*Medic. chir. Transact.*, vol. XXXVI, p. 433, 1854 et SCHMIDT's *Jahresber*, 1854, n° 5, p. 202.)

(5) Dans un kyste fœtal : avec de la graisse, une masse osseuse irrégulière avec périoste épais, rugueux, deux molaires implantées dans son tissu, des cheveux nombreux et très-longs, et 3 dents libres ; on rencontra une portion d'*intestin* parfaitement reconnaissable à ses caractères anatomiques ordinaires (PROSPER DENIS. *Mém. sur trois genres de cas rares*. Broch. in-8°. *Arch. gén. de méd.*, t. XVII, 1828, p. 110.)

(6) VELPEAU. Société philomatique, 1825. — *Dict. de médecine*, cité. art. ovaire, p. 305.
On trouva de la peau, des cheveux, des os et des dents dans un kyste ovariotomisé sans succès, par le professeur BRUNS, chez une femme de 23 ans et décrit par WILH. STEUDEL. (*Inaugur. Dissertat.* Tübing., 1854. — *Jahresber.*, 1855, II, p. 30.)

(7) Des os maxillaires. LAUVERJAT. — *Nouv. méth. de pratiq. l'opérat. césar.*, p. 14.

Des pierres ou calculs (1).
Des portions de muscles.
Des os singuliers sans ressemblance avec des os humains (2).

(1) Observation de DENIS chirurgien de Stanislas Leczinski :

« Madame Marquant, de Commercy, femme douée d'une bonne constitution, d'une humeur toujours égale, exempte de mélancolie, avait déjà eu plusieurs enfants sains et robustes. Cette dame, à l'époque de sa dernière grossesse, fut affligée d'une indisposition dont il ne fut pas possible de déterminer la cause. Dès le moment de la conception, elle commença à ressentir des douleurs du côté gauche, des cardialgies, des nausées, des vomissements, qu'elle regarda comme l'effet d'une grossesse commençante ; mais à mesure que le terme avançait, les accidents allaient en augmentant; enfin elle éprouva une perte momentanée qui devint ensuite continue. Parvenue au terme de la gestation, il se manifesta des douleurs encore plus intenses. La femme mourut. Je fus appelé pour faire l'opération césarienne et ondoyer l'enfant. Après avoir rempli ce devoir, je vis au côté gauche un globe ressemblant assez à une seconde matrice, ce que je regardai comme l'effet d'une hydropisie enkystée de l'ovaire. J'y donnai un coup de scalpel qui en fit sortir beaucoup d'eau. Y ayant introduit la main, je trouvai quantité de cellules béantes, les membranes de chaque œuf (si l'on peut se servir de cette dénomination) s'étant rompues pour n'avoir pu se prêter à l'abondance de l'eau qui y affluait, j'introduisis, à différentes reprises, la main dans chacune de ces cellules ; et je la retirai chaque fois remplie de pierres toutes triangulaires, lisses et polies, de couleur café au lait; on eût dit que c'était un rayon de miel, les ovoïdes étant ouverts comme les cellules des abeilles. Je n'étais point encore parvenu au but de mes recherches, rien ne faisant connaître jusqu'ici la cause de la perte. Ayant continué à rechercher scrupuleusement aux environs, tant de cette tumeur que du ligament large et de la trompe de Fallope, je découvris une pierre adhérente à ce ligament, de la grosseur d'une forte noix et hérissée de pointes si multipliées et si aiguës, qu'elles s'attachaient aux doigts : je ne puis mieux la comparer qu'à un porc épic. Elle se trouvait adossée à la trompe, qu'elle irritait par les différents mouvements de la malade. Ce frottement avait déterminé la rupture de quelques vaisseaux sanguins ; le sang s'épanchait dans la trompe, fluait à l'aide de ce conduit dans l'utérus et de là dans le vagin. » (*Dict. des sc. méd.*, t. XXXIX, p. 30. — *Bibliothèq. du médec. pratic.* I, 665, FABRE. — CAZEAUX, thèse citée, p. 83.)

MORGAGNI a trouvé dans les ovaires de petites pierres blanches, comme un pois et renfermées dans une sorte de poche.

(2) TYSON. *Transact. philosoph.*, n° 2, art. 14. — STALPART VAN DER WIEL. II, obs. 37, p. 281. — BLUMENBACH. *Med. Bibl.* I[ste], B[d], S. 152.

Dans un kyste ovarique ponctionné par DEMARQUAY (10 à 12 litres de liquide), et présenté par lui à la Société de chirurgie (9 nov. 1862), on trouva : deux côtes de 12 à 15 centim. de longueur sur 2 à 3 de largeur ; dans leur voisinage 5 dents faisaient saillie dans la cavité kystique, enveloppées jusqu'au collet par la membrane interne ; une petite quantité de liquide épais, jaunâtre, dans lequel nageait un peloton de poils jaunes ressemblant à des cheveux. (*Gaz. hebdom.* 1863, 13.)

Ce qu'il y a en outre de très-remarquable dans cette observation, c'est que les os sans dents sont très-rares (LAMZWERDE. — STALPART VAN DER WIEL : *Obs. rar. cent. posterior* Obs. 37.)

Dans un kyste dermoïde composé de 2 loges, trouvé chez une femme de 45 ans, FOLLIN rencontra dans la plus grande des cheveux, de la graisse et de l'épithélium ; dans la plus petite, un morceau d'os de la forme d'une petite mâchoire et une dent semblable à la première molaire enfermée dans une sorte de capsule fibreuse (*Compte rendu de la Soc. de biologie*, 1851, p. 139.). — Voyez aussi MAILLY : *Bull. de la Sc. anat.*, 1852, p. 43. — HESCHL : *Zeitschr. Wiener Aerzte*, 1852, febr. S. 15.

Enfin des gaz et de l'air (1).

Ces différences de contenu sont dues à des viciations de sécrétion.

8. On rencontre quelquefois dans un même kyste, la plupart de ces substances (2).

Dans un cas relaté in *R. Froriep's Notizen*, n° 747, 1832 (3), il y avait tumeur de 12 livres formée par l'ovaire droit, dont les trois quarts étaient convertis en une poche : celle-ci contenait à trois quarts, trois quarts et demi, un liquide brunâtre : l'autre quart, constitué par des cellules cartilagineuses, renfermait :

1° Un liquide transparent et visqueux.
2° » » albumineux.
3° » » trouble, de couleur chocolat et de consistance albumineuse.
4° » » visqueux, pâteux, brun.
5° » » savonneux.
6° Une graisse d'un jaune sale.
7° » » » » foncé.
8° » masse stéatomateuse jaune.
9° Un tissu squirrheux jaune, avec granulations cartilagineuses.

(1) Dehaen. *Ratio medendi*, II, 239.— Cette observation, rapportée par Velpeau (*Dict. de méd. de l'Encyclog.*, p. 305) et qui aurait pu faire croire à la communication de la tumeur avec l'intestin, ne se trouve pas renseignée à la source indiquée (*Biblioth. du méd. pratic.*, I, 662). Boivin et Dugès qui la rapportent également (p. 227, édition belge, *loc. cit.*) en la tirant de la même source, expliquent la production de ces gaz qui s'échappèrent de la canule du trocart, par l'altération chimique des produits du kyste.

Il est cependant des cas bien avérés où des kystes ovariques contenaient des gaz ; où il y avait dilatation ovarique due à la présence de gaz développés et contenus dans les ovaires (*Gaz. des hôp.*, 1860, p. 606. — *Du traitement des kystes et des tumeurs ovariques*, par Th. S. Wells, traduct. de Th. Bottaro, p. 17). — A l'autopsie d'une femme de 36 ans morte dans le marasme après avoir présenté des selles liquides mêlées de sang et de pus, la défécation donnant des douleurs, on trouva un kyste ovarique gauche intimement adhérent avec l'S iliaque : la face interne était comme celle d'un kyste dermoïde avec développement de poils : la trompe de Fallope était oblitérée. Le kyste renfermait de l'air. (Observ. communiquée à la Société de méd. de Berlin, par J. Meyer. *Deutsche Klin.*, n° 15, 1860.)

(2) Saltzmann. *Dissert. quâ abscessum internum insignis magnitudinis cum hydrope in muliere nuper observatum exibet*. Strasbourg, 1871.

V. aussi observ. de Ridley. (*Obs. med. pract. et physiol.*, obs. 33).

(3) Rapportée également par Bluff, *loc. cit.* et citée par le *Compendium de méd. pratiq.* (Brux. III, 625) et Velpeau (*Dict., etc.*, art. ov. 305).

10° Des masses cartilagineuses libres.

11° » » » adhérentes.

12° L'ovaire gauche renfermait quelques hydatides.

9. Chez la malade qui fait l'objet d'une des consultations de Le Dran (1), la liqueur extraite par la ponction était épaisse, bourbeuse et si puante, que toute la maison et la rue en ont été infectées. — Il rencontra ce même caractère de puanteur chez une dame de 50 ans, dont il fit l'autopsie (2).

DU SANG, DES CHEVEUX, DES POILS, DES OS ET DES DENTS CONTENUS DANS LES KYSTES OVARIQUES.

I. *Sang*. 1. Quelles sont les causes qui peuvent amener ce liquide à s'épancher ainsi dans la cavité kystique et à en altérer le contenu ?

2. Une exsudation épithéliale fibrineuse ou épaisse peut recouvrir entièrement un kyste, devenir vasculaire et donner accidentellement lieu à une hémorrhagie à l'intérieur du sac. Quand celui-ci est ouvert, la membrane d'enveloppe s'altère fréquemment par suite du changement apporté ainsi dans les qualités du fluide sécrété.

3. Ces hémorrhagies internes des kystes surviennent de préférence aux époques menstruelles (3).

4. La résistance des parois kystiques est très-variable selon les sujets ; quand elles se laissent facilement déchirer, la distension par l'accumulation du liquide en amène l'éraillure ou rupture spontanée : il y a souvent alors des caillots récents, jaunâtres ou masses fibrineuses plus ou moins décolorées en quantité parfois énorme : en ce moment les malades s'affaiblissent visiblement.

5. Les hémorrhagies internes peuvent aussi avoir lieu par une ponction qui a rompu des cloisons intermédiaires des kystes multiloculaires, ou qui a piqué une veine volumineuse, d'où saignée dans la loge qu'on vient de

(1) *Consultat. sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie*, par HENRI FRANÇOIS LE DRAN, etc. Paris, 1765, p. 185.

(2) *Ibid*. p. 190.

(3) KOEBERLÉ. *Opér. d'ovar.*, obs. XI, p. 145.

vider. Bowen (1) le premier a signalé et décrit ces ruptures intra-kystiques, quoique la priorité doive en revenir à Kœberlé qui les avait indiquées déjà en 1862 (2).

II. Les *dents,* comme les *poils* ou *cheveux,* ne se rencontrent dans l'ovaire qu'avec une matière grasse, suifeuse, stéatomateuse (3), ou ressemblant à de la gélatine.

D'après Cruveilhier (4), quand il y a des dents, il y a toujours des poils, d'où la désignation de *kystes pilifères*, *kystes pileux de l'ovaire.*

C'est là une règle controuvée par des faits, exceptionnels il est vrai, mais qui n'en sont pas moins authentiques (5).

Poils et cheveux (6) 1. Ne sont jamais frisés ni crépus ; ils peuvent être

(1) *Med. Times and Gaz.*, 3 mars 1866.

(2) *De l'ovariotomie.*

(3) PORTAL. *Anat. médic.*, V, 548. MURAT. *Diction. des sciences méd.*, XXXIX, 28.
MECKEL. *Journ. complém. des sciences méd.*, IV, 122 et 217.
CRUVEILHIER. *Essai sur l'anatomie patholog.*, II, 181.
LOGGER. *De ovarior. morb.*, p. 29.
ANDRAL. *Précis d'anat. pathol.*, II, 707 et suiv.
GIRALDÈS. *Soc. impér. de chirurg.* Séance du 20 février 1867. Présentation d'un kyste ovarique enlevé à une jeune fille de 15 ans, et renfermant une tumeur graisseuse avec des cheveux, du volume d'une tête d'enfant.

(4) *Anatom. pathol. gén.*, III, 572.

(5) BOSWELL. *Philos. Transact.* — MÉRY. *Hist. de l'Acad. des sciences de Paris*, 1695 (cités par MECKEL *loc. cit.* — V. la *Bibliographie* en note un peu plus loin).
RUYSCH. *Adversarior. Anat.*, *Dec.* I, p. 6, *Dec.* III, p. 2.
RAIKEM. *Loc. cit.*

(6) J. BAUHINUS, apud Theoph. Bonetum, *Sepulchret.*, lib. III, Sect. 33, obs. IV, n° 6 et apud Schenckium, lib. IV, obs. 116.
C. BAUHINUS. *Anat.*, lib. I, cap XXXI et apud Hercul. Saxoniam, De Plica, cap. XII.
GUILELMUS FABRICIUS HILDANUS. *Obs. chir.*, *Cent.* V, obs. 48.
GRÉGORIUS HORSTIUS. *Obs. med.*, lib. IV, obs. 53.
DANIEL SENNERTUS. Lib. IV, part. I, sect. 2, cap. XX.
JOHANNES RHODIUS. *Obs.*, *Centur.* III, obs. 44, *Ac. des sciences*, 1743, 82.
CORNELIUS STALPART VAN DER WEIL. *Obs. rarior.*, *Cent. post.*, obs. 6.
STEPHANUS BLANCARDUS. *Anat. pract.*, *cent.* II, obs. 27.
AUGUSTINUS BUDDENS. *Miscellan.* Berolini, cent. II, p. 16.
MARTINUS NABOTH. *Dissert. de sterilitate.* Cap. II.
JACQUES YONGE. *Trans. philos.* 1707, n° 309, art. 6.
POLYCARPIUS GOTTLIEB SCHACHER. In *Commercio litterario Norimbergensi*, 1736, p. 103 et in *Dissert. de ovarii tumore piloso.* Lipsiæ, 1735, IV, collectio Halbrianæ.
BOINET. *Malad. des ovaires*, p. 113.

noirs, châtains, roux, blancs, etc. Broca cite le cas d'une femme de 75 ans, chez laquelle on trouva, dans un kyste ovarique, des cheveux d'au moins 3 mètres de long : les bouts libres étaient blonds, la partie moyenne plus foncée et la partie adhérente blanche (1).

2. Ils sont en mèches, bien peignés ou mêlés.

3. Ils peuvent être épais, par touffes, boucles ou brins, adhérents par une extrémité ou un point de leur longueur, libres par leurs deux extrémités; ils peuvent se trouver mêlés à la matière grasse comme la bourre dans le ciment.

4. Quelquefois très-grands : 1 mètre de long (2) et même jusque 3, comme nous venons de le voir par l'observation de Broca : dans ce cas ils sont lisses dans la première partie de leur étendue, et se brouillent en touffe à leur extrémité libre, comme si, arrêtés dans leur accroissement par la voûte d'un kyste trop étroit, ils avaient été forcés de se replier sur eux-mêmes (Pl. XXIII, fig. 1).

5. Dans leur trajet, ils peuvent s'engager dans un anneau fibreux de la paroi, ou ils peuvent y être comme plaqués par une ossification.

6. Ils peuvent naître isolés de la surface membraneuse qui les supporte.

7. Ces deux variétés, isolés ou réunis, peuvent se présenter dans le même kyste.

8. Dans des cas rares, des matières sébacées avec de longs cheveux ont été trouvées dans le même ovaire qui contenait un vaste kyste hydropique et jusque dans ce kyste hydropique lui-même. Dans ce cas, le kyste pileux était devenu le siége d'un épanchement hydropique (3), ou bien un kyste séreux s'était confondu avec un kyste stéotomateux (4).

On a rencontré un kyste dermoïde (cheveux et graisse) *dans chacun des ovaires* d'une femme de 28 ans, non mariée, morte de péritonite chronique, et présentant tous les signes de la virginité (5).

(1) *Bulletin de la Soc. anat.*, 1852.

(2) Cruveilhier. *Anat. path.*, livr. 18, pl. V. — Tumiati, opuscules choisis. — *Bulletin de la Soc. anatom.*, 1847 et 1854. — Velpeau. *Diction.*, etc., p. 305, art. *Ovaire*.

(3) Copland. *Dict. of Med.*

(4) Boivin et Dugès. *Loc. cit.*, p. 228, édition belge.

(5) Docteur Popham. *Dubl. Journ.*, may 1854, p. 467.

Dents **(1).** ***Caractères de ces dents*** **: 1° Elles semblent se développer d'après les mêmes lois que les dents ordinaires :**

a**) Dans des alvéoles osseuses ;**

(1) Nous emprunterons une partie de ces détails à l'excellent travail de RAIKEM : *Observ. suiv. de quelques réflexions sur un vaste kyste ovarique enflammé, suppuré, gangrené et perforé, à la face interne duquel étaient implantées douze dents.* Gand, 1841.

Ont observé de ces kystes :

J.-F. MECKEL. *Mém. sur les poils et les dents qui se développent accidentellement dans le corps. Journ complém. des sciences méd,* IV.

Ueber regelwidrige Haar- und. Zahnbildungen, in *Deutsch. Archiv für Physiol.*, I, 519.

CRUVEILHIER. *Anat. pathol.*, 18e livr., pl. III, fig. 5; pl. IV, fig. 1, 2, 5, pl. V.

TYSON. *Philos. Trans.*, n° II, p. 11.

NEEDHAM. In *Tyson.*

SAMPSON. *Philos. Trans.*, n° II, p. 49.

NICHOLLS. *Ibid.*, p. 309.

RUYSCH. *Adversar.* Dec. I, p. 6, dec. III, p. 2.

ORTESCHI. *Giornale di medicina*, vol. X, p. 82.

CHESTON BROWNE. *Patholog. Inquiries*, p. 47.

COCCHI. *Giovanni Targioni Tozzetti. Prima raccolta di osserv. med.* Firenze, 1752.

MONTI. *Giovanni Luigi Targioni. Opusc. prat.*, t. VII, p. 19.

BALLARD. *Journ. de méd., chir. et pharm. de Corvisart.*, etc., 1806, XII, p. 131.

BAILLIE, *Morbid anat.*, p. 268. *Philos. Trans.*, n° 5, p. 71.

NYSTEN. *Journ. de Corvisart*, an XI (Brumaire), p. 144.

CLEGHORN. *Trans. of the irish acad.*, vol. I, 73.

BLUMENBACH. *De nisu formativo. Comment Soc. reg. scient.* Götting, VIII, 55 et suiv.

LAFLIZE. *Bacher. Journ. de méd.*, juillet 1792, p. 301.

LE RICHE. *Mém. de l'Ac. des sciences de Paris*, 1743, Hist., p. 42.

GOOCH. *Med. and Surg. obs.*, Lond., p. 110.

MÉRY. *Hist. de l'Acad. des sciences de Paris*, 1695, p. 245.

DUMAS. *Fourcroy. Med. éclair. par les sciences physiques*, t. II.

PLOUCQUET et AUTENRIETH. *Reil's Archiv für die physiolog.*, VII, p. 255.

GROMBS. *Anatom. Beschrieb. eines monströsen Gewöchsen.* Francf., 1730.

MURRAY. In *Blumenbach's med. Biblioth.* I, 51.

SCHUETZENKRANZ. In *Voigtel's pathol. anat.*, III, 545.

CORVINUS. *De concept. tubar.* Strasbourg, 1780.

MEDERER. *Blumenbach*, in *Comment. Soc. Gött.*, vol. VII.

BICKER. *Stark's Archiv für die Gebürtsk.*, VI, 374.

YOUNG. *Med. and physic. essays of Edinb.* II, n° 18.

BAUDELOCQUE. *Trait. des accouchements.* § 1963, 1694.

MERRIMAN. *Med. chir. trans.*, III, 53.

ANDERSON. *Edinb. med. and. surg. Journ.*, II, n° 8.

MILMAN et COLEY. *Ibid.*, VI, n° 5.

RAIKEM. *Loc. cit.*

SCORTIGAGNA. *Mem. della Societ. italian*, t. XIV, part. I, p. 315.

b) Dans les parois du kyste (1).

2° Ces dents sont d'abord à l'état gélatineux (2).

3° Elles n'ont pas de racines (3) : cette loi est néanmoins loin d'être vraie, et les assez nombreuses exceptions qu'on a rencontrées (4) prouvent que vraisemblablement les couronnes naissent avant les racines. Ces couronnes sont ordinairement bien formées.

4° Elles ne ressemblent pas toujours à beaucoup près aux dents de la première dentition, ainsi que Cruveilhier l'avance (en note).

Cleghorn, Anderson, Coley, Laflize, ont reconnu que quelques-unes ressemblent à celles de la seconde dentition. Dans ce cas aussi la seconde dent chasse la première : c'était évident pour les cas de Coley, mais surtout pour ceux d'Anderson.

Les racines ne sont pas creuses comme chez l'enfant (5).

5° Elles sont implantées presque toujours dans une masse osseuse plus ou moins considérable, cachée dans l'épaisseur des parois. Selon Cruveilhier, ces fragments osseux d'implantation appartiennent généralement à la mâchoire supérieure; d'autres fois elles sont implantées dans un os maxillaire aussi bien conservé qu'elles. Quelquefois elles émanent directement de la membrane interne du kyste (6). Elles peuvent être libres (Lebert).

Les os sans dents sont très-rares (7).

6° En général, ces dents ne naissent pas toutes en même temps, car ordinairement il en existe de plusieurs ordres, presque toujours au

SCHUTZER. *Abhand. der Schwed. Akad.*, XX, 173.

THÉROUDE. *Acad. des sciences*, 1690 (Histoire de 1666 à 1699, II, 91).

MAYER. *Ueber Haar- und Zahnbildung im ovarium und an and. ungewohnstellen des Körpers,* in *Journ. de chir.*, XVII, 348. Sept nouveaux cas.

(1) J.-J. PLENK. *Doctrina de morb. dentium.*

(2) LOBSTEIN. *Trait. d'anat. pathol.*, t. Ier. Voir aussi l'observation de J.-F. MECKEL.

(3) *Diction. des sciences méd.*, art. *Ovaire*. BAILLIE.

(4) RUYSCH. *Loc. cit., decas. tertia.* BLUMENBACH, CRUVEILHIER, RAIKEM (6 dents parfaites sur 12). CLEGHORN (44 dents toutes parfaites). PLOUCQUET et AUTENREITH, SCORTIGAGNA.

(5) RUYSCH. *Thesaur. anat.*, I, asser. 3, n° 18. RAIKEM.

(6) BAILLIE. MECKEL. HALLER. *Élém. physiol.*, t. VIII. RUYSCH. *Thesaur. anat.*, I, a. 3, n° 18.

(7) LAMZWERDE. *Loc. cit.* STALP. VAN DER WIEL in *Obs. rar., cent. post.*, obs. XXXVII.

moins de deux ordres; de même espèce ou d'espèce contiguë, comme deux incisives ou une incisive et une canine. Celles du même ordre se groupent comme dans la disposition normale. Cependant on en rencontre quelquefois d'un seul ordre (qui normalement n'est pas le premier qui apparaît) :

α) Rien que des incisives (Cocchi).

β) » » » canines (Cheston-Browne, Ballard, Orteschi, Raikem).

γ) » » » molaires (Meckel, Tyson).

7° En général, il y a un petit nombre de dents, rarement plus que normalement, malgré que deux ou trois ordres de dents se rencontrent parfois en même temps : quelquefois il y en a bien davantage (Raikem). Leur nombre varie de un à quarante-quatre et même 300 (1).

8° Il n'y a pas toujours de poils avec les dents comme on l'a dit (2).

9° On les rencontre plus fréquemment à droite qu'à gauche (3).

10° Ordinairement chez les femmes qui ont usé du coït, mais aussi chez des vierges (4).

11° Elles se développent beaucoup plus rapidement que normalement (5), ce qui s'explique par une nutrition exagérée, basée sur le balancement des organes.

12° La gestation de ces tissus est ordinairement très-longue : les premiers symptômes remontent souvent à 5, 8, 10, 20 ans (6). On a vu d'ailleurs la grossesse extra-utérine, à produit normal, se prolonger 18, 20, 30 et 40 ans (7) et même 50 (8).

(1) PLOUCQUET, CLEGHORN, cité par MECKEL (44 dents) et AUTENREITH, CHESTON. *Comm. Lips.*, XV, 39. RUYSCH. *Thesaur. anat.*, II, p. 29.

(2) BOSWELL. *Philos. Trans.* MÉRY. *Histoire de l'Acad. des sc. de Paris*, 1695, cités par MECKEL. RUYSCH, RAIKEM.

(3) LERICHE. (*Histoire de l'Acad. des sciences pour* 1743, p. 88), en a rencontré simultanément sur les deux ovaires.

(4) SCHÜTZER, BAILLIE, NYSTEN, STALP. VAN DER WIEL, LAFLIZE, SCHMUCKER, LAMZWERDE, cités par MECKEL.

(5) MECKEL d'après l'observation LAFLIZE.

(6) CLEGHORN et surtout BALLARD.

(7) MORAND. *Hist. de l'Acad. des sc. pour* 1748. CRUVEILHIER, BLUMENBACH, *l. c.*, p. 51 et suiv.

(8) NEBEL. *Fœtus osseus per 54 annos extrà uterum in abdomine detentus*, in *Acta Acad. Theodoro-Palatin.*, II, p. 403.

ARTICLE CINQUIÈME. — CAPACITÉ, POIDS ET VOLUME DES KYSTES.

1. La quantité du contenu des kystes est souvent très-considérable :

50 pintes de sérosité (1).

93 » » » (2).

52 livres (3).

70 » (4).

112 » (5).

120 et 216 livres (6).

214 livres dans un kyste biloculaire de l'ovaire droit (7).

2. *Poids.* — Il est fait mention dans les auteurs, d'un ovaire de 14 livres, qui remplissait tout le bassin (8);

D'un ovaire gauche et utérus du poids de 25 livres (9).

» » droit » » » 30 » (10).

» » gauche » » » 37 » (11).

» » droit » » » 42 » (12), plus 1 ou 2 mesures de sérosité qui s'en était écoulée.

(1) Observation de DURET le fils, 1740, in MORAND, *Mém. de l'Acad. de chirur.*, II, 60 (édit. de l'*Encyclop.*). La malade était obligée de porter ses jupes à quatre doigts des aisselles, tant le ventre était distendu.

(2) BAKER-BROWN. *Lancet*, 1849.

(3) *Essais d'Edimb.*, vol, 5, art. 73. La livre Anglaise = 0,453,148 kilogr.

(4) P. FRANCK, *loc. cit.* DOUGLAS. *Philos. Trans.*, V, 290.

(5) SAMSON. *Philos. Trans.*, n° 140. MONRO, *loc. cit.*, p. 222, note *h.* LESKE'S. Ausz. a. d. *Philos. Trans.*, vol. I, p. 223, cité par RICHTER (G.-A.). *Die specielle Therapie*, p. 128. Berlin, 1815.

(6) MARTINEAU. *Philos. Trans.*, 1784, t. 64.

WORTHINGTON d'après COPLAND in LABALBARY, *loc. cit.*, p. 18.

WEPFER in MONRO, p. 231, *loc. cit.*

(7) ADELMANN. *Siebold's Journ.*, IV, cah. I, voyez aussi :

BLUNDELL. *On diseases of Women.*

THOMAS CHEVALLIER. *A remarquable Case of ovarian Dropsy*, in *Med. chir. Trans.*, 3e édit., Lond., 1816, III, 40.

CH. THOMAS. *On extraordinary Case of ovar. Drops.*, *ibid*, 1827, XIII, 330.

DAVIS'S. *Obstetric. Med.*, vol., II, 768.

(8) MORGAGNI. *Epist.* 39.

(9) HARLESS. *Annal. d. ausl. med.*, vol. II, cah. 2.

(10) WESENER. *Journ. de Hufeland*, août, 1825.

(11) RIDLEY. *Obs. med. pract. et physiol.* Obs. 33. MONRO, *loc. cit.*, 223, note *h.*

(12) PETER IMOFF. Bâle, 1718 (HALLER. *Coll. pathol.*, IV, 377).

TORTENSOHN. *Med. chir. Bibl.*, 1774.

D'un ovaire gauche du poids de 40 livres (1).
» » » » » » 56 » (2).
» » droit » » » 100 1/2 livres (3).

De deux ovaires du poids de 102 livres (4), plus 16 mesures de liquide libre dans l'abdomen.

D'un seul ovaire du poids de 102 livres (5).
» » » » » » 112 » (6).
» » » » » » 140 » (7).

D'un seul ovaire ayant atteint 6 pieds de circonférence en 8 ans, et pesant 160 livres à l'autopsie (8).

Comme on le voit, le poids du kyste avec son contenu peut aller de 3 à 4 livres jusqu'à 160, c'est-à-dire dépasser le poids de la femme qui le porte. On a vu le poids de la tumeur être assez considérable pour faire descendre l'abdomen distendu au niveau des genoux (9).

Le kyste fœtal que Giraldès enleva par l'ovariotomie, le 30 janvier 1865, chez une jeune fille de 17 ans (10), pesait 3950 grammes : il y a peu d'exemples de kystes dermoïdes plus volumineux. On peut citer ceux de Blumenbach (11), de Mathieu Baillie (12), Dupuytren, Young et Highmore (13).

Vides, les kystes ovariques pèsent depuis quelques onces jusqu'à 7 à 9 livres (14).

Ce n'est que comme complication d'une autre dégénérescence ovarique

(1) *Hanovr. annal.*, 1836, IV cahier.
(2) Bluff. In *Abeille*, 1838, I, 250.
(3) Willi. In Haller. *Coll. pathol.*, p. 447.
(4) Bosch. *Med. and phys. Journ.*, VIII, 444.
(5) Van den Bosch. *Journ. de méd. chir litt.*, vol. II, cah. I, p. 181.
(6) *Philos. Trans.*, vol. I, 140.
(7) Muller. *Coll. chir. de Siebold*. Obs. 3.
(8) Gaitskell. *Lond. med. Rep.*, vol. V. — Velpeau (*Dictionnaire*, etc., p. 505) confond cette observation avec celle de Duret que nous venons de rapporter.
(9) Monro. *Essays on medical Hom.* in Denman, Sampson. Cités par Labalbary, *loc. cit.* p. 17.
(10) Giraldès. *Mal. chir. des enfants*. Paris, 1869, pp. 506, 513.
(11) *Med. Biblioth.*, I B⁴, s. 152.
(12) *Pathol. Coll. of Royal Colleg. of Surg. of England*.
(13) Voir Giraldès. *Loc. cit.*
(14) Adelmann. *Siebold's Journ.*, IV, cah. 1er.

(squirrhe, steatôme) qu'on a pu trouver des kystes vides pesant 14 et même 27 livres (1).

3. *Volume.* — Guilbert (2) décrit un ovaire qui s'était accru au point d'avoir 2 1/2 pieds de circonférence en rond, et 3 pieds 2 pouces de circonférence en long, et qui ne partait que d'un pédicule gros comme un tuyau de plume d'oie et de la longueur de 2 pouces, sans adhérences aucunes.

French (3) a vu l'ovaire malade s'étendre de l'os iliaque au diaphragme: la malade avait un appétit dévorant.

Thomas trouva l'ovaire gauche remplissant tout le bassin (4), Croker (5), un ovaire gauche de 5 livres remplissant toute la cavité abdominale. Il est d'autres observations encore de pareilles dimensions de la tumeur kystique (6).

Dans le cadavre d'une femme qu'on ouvrit en 1687, on trouva une hydropisie de la trompe et de l'ovaire du côté gauche, quoique les autres parties de la matrice et même tous les autres viscères fussent dans un état sain, à l'exception de l'épiploon qui était putréfié: la trompe et l'ovaire malades étaient d'une grosseur si prodigieuse, qu'ils occupaient toute la cavité abdominale (7).

Boyer (8) a vu le ventre mesurer 4 pieds du creux épigastrique au nombril, et 2 du nombril au pubis; tandis que chez une autre femme, le ventre avait 6 pieds 7 pouces de circonférence, et 3 pieds 4 pouces du sternum au pubis.

Dans l'observation de Willi (9), une femme de 68 ans mourut d'une

(1) MORAND. *Mém. de l'Acad. de chir.*, II, 456. Paris, édit. in-4°.
(2) *Journ. de méd.*, fév., 1757, 149.
(3) *Mem. of Med. Soc.*, vol. I, 254.
(4) *Med. chir. Trans.*, vol. XIII, pars 2.
(5) *Lond. Med. Rep.*, avril, 1818.
(6) HEVIN. *Mém. de l'Acad. de chir.*, p. 528, in-4°.
MORAND. *Ibid.*, II, 458, in-4°.
SCHENCKIUS. *Obs. med. lib.* III. *De hydrop. Observ. et Journ. de méd.*, déc. 1754, p. 133.
AICHOLTZIUS. *Ex obs. propr. ap.* SCHENCKIUM. *Obs. med., lib.* III.
(7) HALLER. *Coll. disput. pathol.*, t. IV, p. 249.
(8) *Trait. des maladies chirurg.*, t. VIII, p. 440.
(9) HALLER. *Loc. cit.*, p. 447.

tumeur hydropique qu'elle portait depuis l'âge de 50 ans : son ventre avait près de 2 aunes de circonférence; l'ovaire droit, siége de la maladie, pesait 100 1/2 livres : il couvrait tous les viscères abdominaux et ne formait qu'une cavité remplie d'une humeur visqueuse, couleur de café.

Une jeune fille de 16 ans, obligée pour dormir, tant son ventre était volumineux, de se tenir précisément dans la posture du fœtus dans le sein de sa mère, fut ponctionnée : il s'écoula en 3 jours 40 mesures d'eau : elle mourut en quatre jours de fièvre pourpreuse : une tumeur énorme occupait tout le bassin, c'était l'ovaire gauche ; le diaphragme était tellement refoulé dans la poitrine, qu'il remontait du côté gauche jusqu'à la deuxième côte, et du côté droit jusqu'à la troisième (1). Cloëtta rapporte l'observation d'un kyste dermoïde qui envahissait le poumon (2).

ARTICLE SIXIÈME. — ANALYSE CHIMIQUE DES LIQUIDES KYSTIQUES.

1. L'analyse de Julia-Fontenelle (3), citée par presque tous les anciens auteurs et qui concorde avec diverses autres analyses (4), avait donné comme résultat :

1° Eau, 2° albumine, 3° phosphates alcalins, de chaux, de fer, 4° différents sels de soude.

2. Kiwisch a établi un tableau analytique des matières contenues dans les kystes.

3. Baker Brown, dans quatre cas, a obtenu des résultats analogues à ceux de Farre :

1° Eau.

2° Albumine trouvée dans les matières grasses.

3° Albumine en dissolution, semblable à de l'albuminate de soude.

(1) Schacher in Haller. *Coll. pathol.*, IV, 330.

(2) *Ueber das Verkommen einen Dermoïd-Kyste in der Lünge. Virchow's Archiv*, Bd XX, Heft 1 und 2.

(3) *Analyse de quelques substances contenues dans les ovaires. Archiv. gén. de méd.*, IV, 257, 1824. Comparez avec Ossian Henry. *Bulletin de l'Acad. de méd. de Paris*, 1838-1839, III, 944, et Rees. *Guy's Hospit. Rep.*, VI, 209.

(4) *Zeitschr. für Gebürtsheilk.*, IV, 9. Bright in Cazeaux, *Thèse* citée, p. 67.

4° Chlorures alcalins. — Sulfates avec carbonate de soude (décomposition de l'albumine).

5° Matières extractives solubles dans l'eau et l'alcool.

6° Chlorures avec carbonates de soude (décomposition de lactates par l'alcool) (1).

4. Ordoñez, par l'analyse des 480 grammes de liquide que contenait le grand kyste de sa tumeur multiloculaire (2), avait trouvé :

1° Eau.

2° Albumine : grande quantité.

3° Globules de sang altéré, de l'hématosine.

4° Chlorure de sodium.

5° Carbonate et phosphate de chaux et de magnésie.

6° Cholestérine avec cristaux nombreux.

5. D'après Becquerel et Vernois (3), par l'analyse de 10 kystes tant uniloculaires que multiloculaires, on obtint les résultats suivants :

Densité. — Varie de 1033-1007.

Réaction. — Alcaline ou neutre, jamais acide.

Viscosité. — Due : 1° à un état particulier de l'albumine;

2° à la présence d'une grande quantité de matières extractives;

3° à la graisse et spécialement à la cholestérine.

Matières solides. — En exceptant les kystes hématiques, leur quantité a varié de 99,3 à 21,5.

Albumine : avec la même exception, elle a varié de 81,6 à 17,4 pour 1000.

Fibrine : manque souvent; toujours en très-petite quantité : 0,01 à 0,06 pour 1000.

Matières grasses : surtout abondantes dans le liquide filant et visqueux : 0,02 à 5,40 pour 100.

Sels. — 10, 2 à 1,5 pour 100. — Proportionnels en quantité à celle des parties liquides.

(1) LABALBARY, p. 17 et 18. Voir les 4 analyses de FARRE in HERRERA VEGAS, *loc. cit.*, p. 37.

(2) In HERRERA VEGAS. *Loc. cit.*, p. 27.

(3) BECQUEREL. *Loc. cit.*, II, 223 à 226.

6. Voici maintenant d'après Stilling (1), quelle serait la composition chimique du contenu kystique, en s'en rapportant aux six analyses portant sur ses dix premières observations :

Désignation des TUMEURS.	ALBUMINE.	MATIÈRES EXTRACTIVES (2).	GRAISSE.	RÉSIDU (3).	EAU.	TOTAL.	Réaction.	Caractères du LIQUIDE.	PESANTEUR SPÉCIFIQUE.	NOM des chimistes.
Obs. IV, Kyste multiloculaire 1ère loge. . . .	10,503	0,345	0,022	0,430	88.700	100		Laiteux.	1,035	Wiederhold.
2me loge.	8,512	0,294	0,007	0,687	90,500	100		Brun, roux.	1,034	
Obs. VI	3,069	0,764	0,040	0,427	95,700	100	Neutre.		1,019	
Obs. VII.	5,018	0,842	0,055	0,635	93,450	100	Id.	Jaune clair.	1,025	
Obs. VIII (4). . .	3,833	2,950		0,666	92,388	100	Id.		1,011	Wild.
Obs. X.	4,531	0,655		0,781	94,023	100	Id.		1,019	
Moyenne.	5,938	0,995		0,604	93,460	100			1,023	

7. L'analyse quantitative de la graisse contenue dans un kyste dermoïde qui renfermait des cheveux donna pour 100 parties :

Elaïne soluble en très-grande partie dans l'éther froid.	84,69
Margarine (margarate de glycérine)	11,68
Matières extractives et chlorure de sodium	1,24
Cellules épidermiques avec cheveux	2,39
	100,00 (5).

(1) *Die extraperitonäale Methode der Ovariotomie*. Berlin, 1866, pp. 87, 88, 128, 202.

(2) Solubles dans l'alcool à l'exception des substances minérales.

(3) Chlorures de sod., de pot. (traces), sulfate de soude, phosphates de soude, de chaux, de magnésie, oxyde de fer.

(4) Fibrine 0,163.

(5) Bird. Herapath. *Edinb. med. and. surg. Journ.*, janvier 1849. Voyez Bob. Lee. *On the nature of ovarian Cysts, which contain teeth, hair and fatty matter* (4 observations). *Med. chir. Trans.*, 1860.

Kletzinsky. *Physio- und pathochemische comparative Analysen, Heller's Archiv*; sept. und nov. Heft, s. 345 und 423, 1852, *ibid.*, 1853, s. 173, 183, 266, 63 und 294.

C. Mehu. *Arch. gen. de méd.*, 1859, 6e série, t. XIV, p. 524.

Baedeker. *Henle und Pfeuffer's Zeitschrift*, 3 Reihe, VII, s. 149, 151, 1859.

ARTICLE SEPTIÈME. — EXAMEN MICROSCOPIQUE.

1. Quand le liquide est clair, filant, transparent, le microscope ne donne pas d'indications.

2. Si le liquide est filant, visqueux, opalin ou brunâtre, légèrement lactescent, on découvre des fragments amorphes d'albumine et souvent des granulations albuminoïdes nombreuses et des globules graisseux (1). — D'après Mende (2) on doit y rencontrer : eau, beaucoup d'albumine, cellules épithéliales, cristaux de cholestérine, cellules granuleuses et cristaux d'acide urique.

3. Dans un liquide retiré par la paracentèse; il fut trouvé par J.-H. Bennett (3) des flocons non formés par la lymphe, mais par une agglomération de cellules de 1/100e à 1/40e de millimètre de diamètre, légèrement granuleuses, rondes ou ovalaires, inaltérables à l'eau, devenant plus transparentes par l'addition d'acide acétique, renfermant un noyau de 1/100e à 1/40e de millimètre. — Les cellules indurées sont enveloppées dans une matière granuleuse facile à rompre. Ces flocons nagent dans le liquide ovarien et s'attachent à la membrane épithéliale : ils sont plus ou moins réunis entre eux par la matière granuleuse ; c'est comme une gelée qui par sa consistance présente les caractères du plasma coagulé.

4. Dans le kyste qui fait l'objet de l'observation de Valette (4), le docteur Perroud, de Lyon, a trouvé à l'examen microscopique :

1° Globules rouges du sang; *a*) normaux.

b) altérés α) hématies diminuées de volume, denticulées.

β) Hématies diminuées de volume, arrondies et mamelonnées.

γ) Hématies décolorées, granuleuses sur leurs bords.

2° Corpuscules granuleux jaunâtres, — corpuscules inflammatoires.

3° Petit amas de fibrine, fibrillaire et granuleuse, nageant dans le liquide sous forme de flocons blanchâtres.

(1) BECQUEREL. *Loc. cit.*, II, 226.
(2) In STILLING. *Loc. cit.*, p. 87.
(3) *Edinb. med. and surg. Journ.*, 1er avril. 1846, 403.
(4) *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1863, 85.

5. Enfin dans un kyste dont le liquide était constitué par un mélange d'albumine, de sang et de pus, Kœberlé renseigne (1) :

1° De l'albumine avec des globules granulés jaunâtres caractéristiques des kystes ovariques, de $0^{mm},003$ à $0^{mm},035$ de diamètre. Les granulations des globules les plus volumineux étaient manifestement graisseuses, et les débris formaient des globules de graisse libre de $0^{mm},002$ à $0^{mm},010$ de diamètre.

2° Des globules de sang plus ou moins décolorés et des cristaux d'hématine.

3° Des globules pyoïdes et des globules purulents de $0^{mm},009$ à $0^{mm},014$ de diamètre.

4° Des flocons de fibrine.

ARTICLE HUITIÈME. — SITUATION DES KYSTES (2).

1. D'après Simpson (3), en conséquence de l'agrandissement du sac dans le sens de sa moindre résistance, on trouve les kystes les plus volumineux ou les kystes en masse placés le plus souvent, sinon toujours, d'abord à l'extrémité supérieure ou abdominale de la tumeur et en second lieu sur sa partie antérieure, plutôt que sur les parties latérales ou postérieure. Les kystes placés en avant, grossissent plus facilement (parois abdominales moins résistantes dans cette position) que les kystes placés en arrière ou sur les côtés de la tumeur, d'autant plus que ces derniers sont refoulés par les productions plus épaisses des parties latérales ou postérieure de la cavité abdominale. Il résulte de là que par la paracentèse abdominale on peut ordinairement vider les kystes les plus volumineux ou les kystes en masse : par là aussi, le contenu des kystes les plus proéminents est ordinairement beaucoup plus fluide et d'une évacuation plus facile par le trocart que celui des kystes condensés et moins bien disposés dans la tumeur.

2. L'ovaire situé normalement sur la partie externe de la surface postérieure des ligaments larges, peut rester dans la partie postérieure du

(1) *Opérat. d'ovariot.*, p. 142.
(2) Voir pl. XXIV.
(3) In LABALBARY. *Loc. cit.*, p. 18.

bassin, derrière les ligaments, tant que la tumeur dont il est le siége ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule.

3. Dès que le kyste ovarique acquiert le volume d'une orange, son poids le force à quitter l'ovaire, les parois latérales du bassin font obstacle et le repoussent de plus en plus vers l'espace limité par les replis de Douglas de bas en haut et dans la direction des parois opposées du bassin : il tombe dans l'excavation pelvienne où il peut demeurer et se développer même très-considérablement, comme le poing, une tête d'enfant et même d'adulte. Ordinairement en se développant, comme toutes les tumeurs abdominales mobiles et tous les liquides abdominaux, il tend à se rapprocher de la cicatrice ombilicale.

4. En tirant à elle les tissus qui l'entourent, la tumeur ovarique forme le *pédicule,* dans lequel se trouve ordinairement la trompe collée sur un de ses côtés (1).

Ce pédicule varie beaucoup de longueur et d'épaisseur. Suffisamment long dans certains cas pour être fixé au dehors dans l'opération de l'ovariotomie sans avoir à craindre le moindre tiraillement de l'intérieur, il est d'autres fois si court qu'on doit nécessairement, après sa section, l'abandonner dans la cavité abdominale.

Son diamètre de quelques millimètres (tuyau de plume) peut aller jusqu'à offrir le volume du poignet (Stilling).

5. Voici sur sa structure, considérée surtout au point de vue de la vascularité, des détails qui résultent des recherches faites par le docteur C. Hepner et relatées par Krassowsky (2).

« Les tiges des petits kystes qui se rencontrent si souvent sur les ovaires, sur les replis séreux (*alæ vespertiliones*) ou sur les bords de ces derniers (kystes de Müller et de Wolff) diffèrent de beaucoup de la tige ou *pédicule* de ces énormes kystes qui met la tumeur en rapport avec l'utérus

(1) GENDRIN. *Hydropisie enkyst. de l'ovaire. Gaz. des Hôp.*, 1840, n° 44.
DOHLOFF. *Expérience.* 2° observat. Mai, 1838.
LACROIX DE BÉZIERS. *Ovariotomie* du 14 octobre 1863, *Bullet. génér. de therap.* 1863, t. LXVI, p. 180.

(2) *De l'ovariotomie,* avec atlas. Saint-Pétersbourg, 1868, p. 13.

ou avec les autres organes voisins. De sorte que si les premières tiges se composent d'un repli du péritoine avec une faible couche de tissu cellulaire et de vaisseaux, il en est autrement du pédicule qui déjà n'est plus composé de parcelles de tissu, mais d'organes entiers qui doivent être tranchés quand on a en but d'extraire la tumeur.

« Dès que le kyste provenant de l'ovaire même, ou de son voisinage, est en rapport d'un côté avec la matrice (par la trompe de Fallope, les ligaments de l'ovaire avec nerfs et vaisseaux qui de l'utérus se dirigent vers l'ovaire) et de là avec les parois du bassin (par les replis du péritoine avec nerfs et vaisseaux); il est évident que, suivant l'accroissement de la tumeur, toutes les parties que nous venons d'énumérer, doivent aussi proportionnellement avoir leur place dans la construction du pédicule. C'est pourquoi nous remarquons que l'accroissement de la tumeur, sa situation relative etc., ont une influence non-seulement sur les parties du kyste même, mais encore sur la matrice et les autres organes abdominaux.

« La différence est très-grande entre les kystes de l'ovaire proprement dits et ceux qui proviennent de ses replis séreux, c'est-à-dire qui siégent dans le parovaire, ou bien dans les cavités closes des conduits de Müller et de Wolff. Les kystes de l'ovaire même sont pour la plupart multiloculaires; leur contenu est colloïde ou sarcomateux; leur vascularisation est abondante, enfin le tube de Fallope est très-peu allongé et ne s'applique pas étroitement sur la tumeur. Les autres kystes au contraire sont uniloculaires, leur contenu est séreux ou très-peu colloïde, leur vascularité moins développée en eux-mêmes que dans la tige, et le tube de Fallope embrasse une partie considérable du kyste. La preuve que ces sortes de kystes ne proviennent pas de l'ovaire, c'est que ce dernier, quoiqu'étant près de la tumeur, reste complètement normal et en est même séparé par la duplicature du péritoine....

« *Système vasculaire du pédicule:* Veines énormément développées, surtout dans les kystes multiloculaires. Artères de calibre normal ou dans tous les cas n'ayant jamais ce volume qu'on leur voit pendant la grossesse ou dans les kystes thyroïdes, etc. Dans les kystes uniloculaires, il est souvent impossible de retrouver les artères et d'y introduire la canule à injection.

« *Conclusions :* Dans les kystes ovariques, les veines sont de grosseur très-considérable et proportionnelle au développement de la tumeur. Les artères ne changent pas de calibre : la tumeur a peu d'influence sur elles.

« La longueur de la trompe peut guider au moment de l'opération, afin de savoir si la tumeur provient de l'ovaire même ou des annexes. »

6. Libre, flottant, mobile, le kyste peut être aussi fixé par des adhérences aux organes voisins : utérus, vessie, rectum, foie, ou même aux organes thoraciques. P. Franck (1) a vu l'ovaire gauche perforer le diaphragme, remplir le médiastin et contracter des adhérences avec les plèvres et le poumon.

Groethuysen, dans l'autopsie d'une malade qui avait subi plusieurs ponctions pour un cystoïde faisant issue par les parties génitales et dont la fixité contre-indiquait l'ovariotomie, trouva l'utérus confondu intimement avec la tumeur, l'ovaire droit libre et l'ovaire gauche disparu (2).

Le fond de la tumeur allonge parfois les adhérences au point de constituer des sortes de pédicules liant la tumeur aux organes. D'un autre côté des adhérences péritonéales peuvent faire sortir l'ovaire de sa position normale. Il arrive aussi que la tumeur développée au début au-dessus du bord supérieur des ligaments larges, finit par tomber de son propre poids au devant du ligament et par conséquent au devant ou au-dessus de la matrice.

7. Une disposition qui n'a pas été bien appréciée, observe Aran (3), c'est celle des prolongements qui peuvent se faire dans le bassin, principalement dans le cul-de-sac recto-utérin. Il semble que la tumeur, après avoir remonté dans le ventre et avoir rempli celui-ci, cherche à s'étendre dans les directions où elle peut rencontrer le moins de résistance et c'est dans le cul-de-sac recto-utérin que se montrent les conditions les plus favorables. Aussi l'autopsie démontre-t-elle une sorte de diverticulum situé entre les ligaments utéro-sacrés, dans lequel on peut porter quelquefois le doigt assez bas pour y rencontrer le doigt de l'autre main introduit dans le vagin.

(1) *Epitome de curand. homin. morbis*, lib. IV, pars 1, p. 313.

(2) *Ueber eine cystoïde Geschwülst, von den inneren Geschlechtstheilen ausgehend.* — *Monatschr. für Geburtsk.* April, 1863.

(3) *Loc. cit.*, p. 1054.

8. Généralement un seul côté est malade. — D'après les uns, le côté gauche est plus fréquemment atteint que le droit (1), tandis qu'ils mettent le siége des kystes fœtaux plus fréquemment à droite.

Tavignot affirmait le contraire (2), car d'après lui :

Sur 30 cas 17 fois l'ovaire droit était malade.

Bluff (3) arrive au même résultat ; effectivement, d'après ce que rapporte Scanzoni (4), sur 59 cas il a trouvé 31 fois l'ovaire droit malade, et 5 fois les 2 à la fois.

B. Brown (5) croyait aussi que l'ovaire droit est plus souvent affecté.

En reprenant diverses statistiques indépendantes, on arrive à partager l'opinion de B. Brown. Ainsi :

Chéreau	sur	215	cas, en trouve	109	à droite,	78	à gauche	et	28	biovariques.
Lee	»	93	» » »	50	» »	35	» »	»	8	»
Bluff	»	59	» » »	31	» »	23	» »	»	5	»
Scanzoni	»	41	» » »	14	» »	13	» »	»	14	»
Total		408		204		149			55	

En se fondant sur les autopsies seulement, on trouve que sur 80 cas réunis par Scanzoni, Ch. West et S. Lee (6) 28 étaient à droite, 26 à gauche, et 26 biovariques.

En consultant les statistiques de John Clay, de Birmingham (7), qui portent sur tous les cas d'ovariotomie connus jusqu'en février 1860, et y ajoutant les cas consignés dans la thèse de Negroni (8) qui font suite à ceux

(1) RICHTER G. A. *Die specielle Therapie*. Dritter *Bd*. Berlin, 1815, 127.
MECKEL. *Anat. pathol.* II, 272.
NEUMANN, p. 411.
CHELIUS, BOYER, MAYER. *Journal de Graefe*, vol. XVIII, p. 3.

(2) *Bulletin de la Soc. anat.*, quinzième année, pp. 186, 187.

(3) *De l'hydropisie de l'ovaire* in *Expérience* I, 353.

(4) *Loc. cit.*, p. 361.

(5) *De l'hydropisie de l'ovaire, sa nature*, chapitre premier. LABALBARY, *loc. cit.*, p. 19.

(6) *On ovarian and uterine Diseases*. Lond., 1853 et WEST. *Maladies des femmes* p. 588.

(7) *Chapters on diseases of the ovaries translated from.* KIWISCH. *Clinical Lectures with an appendix of the operation ovariotomy*. London, 1860.

(8) *Aperçu sur l'ovariotomie*. Paris, 1866.

de John Clay jusqu'en 1865, et enfin ceux de Kœberlé en en retranchant les 12 premiers signalés par Negroni, nous trouvons :

John Clay	76 cas.	28 à droite,	27 à gauche	21 biovariques.
Negroni	98 »	42 » »	39 » »	17 »
Kœberlé	62 »	27 » »	19 » »	8 »
	236	97	85	46

On voit donc que, quoi qu'en dise Boinet, le siége des kystes est en définitive plus fréquent à droite, tandis que pour l'ovariotomiste français ils ne seraient pas plus fréquents à droite qu'à gauche. Quoique nés à gauche, les kystes se placent parfois à droite et s'y développent en trompant ainsi sur leur point d'ôrigine (Huguier).

9. L'hydropisie peut être double (1). Généralement quand un seul côté est malade, l'ovaire opposé présente une altération variable; par exemple :

Hydropisie à droite et kyste pileux à gauche ou :

Hydropisie et cancer (2).

Sur 18 cas, 7 fois l'ovaire opposé était sain, et 11 fois altéré diversement (3).

ARTICLE NEUVIÈME. — SYMPTÔMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DE VOISINAGE.

1. Les kystes d'un petit volume n'altèrent pas sensiblement la situation et les conditions naturelles des organes voisins. La trompe seule du côté correspondant semble suivre avec le cordon sous-pubien, le mouvement de vitalité augmentée de l'ovaire ; elle s'hypertrophie, s'allonge sans présenter quelquefois aucune autre altération pathologique (4).

2. Lorsque les ovaires sont enflammés ou transformés en kystes, il est

(1) SENNERT, *Oper. omn.*, lib. III, p. VI, sect. 2, cap. 3.
CLEGHORN, MURRAY *Edinb. med. and surg. Journ.* Apr. 1828.
OSIANDER. *Neue Denkwürdigkeiten*, II, 186, 1799.
MAYER. *Graef's und Walther's Journ.*, IX, cah. 4.
JOERDENS. *Hufeland's Journal*, t. II.
(2) *Hufeland's Journal*, XV, cah. 2.
(3) BLUFF. *Loc. cit.*, n° 25, p. 361 (févr. 1838).
(4) ARAN. *Loc. cit.*, 1052.

nné, engorgé : quand
e que les annexes ne
ammation ou conges-
ppé P. Barbette (2) et

bdominales et les or-
à droite ou à gauche.
dans le petit bassin
accidents très-graves

moins lâche et vas-
s plus grandes diffi-

ues filaments seule-
Guibert (V. art. cin-
(5), Mauchard (6) et

-solides, difficiles à
autopsie, des adhé-
22 ans, enceinte et
kyste ovarique non opéré : en simulant l'ovariotomie, il dut faire une incision cruciale qui ne lui permit même pas d'extraire complètement la tumeur. — Le même fait a été observé par le docteur Tufnell chez une femme de 38 ans, atteinte de kyste ovarique droit extrêmement volumineux (9).

Ces adhérences solides et étendues se rencontrent principalement dans

(1) Courty. *Malad. de l'utér.*, p. 299.
(2) *Anat. pract.*, lib. XXXIV, cap. 1.
(3) *App. ad Rosset. De part. cæsar. et Anat.*, lib. I, cap. XXXV.
(4) *Ratio medendi*, p. 95.
(5) *Act. phys. med. nat. cur.* vol. V, obs. 132.
(6) *Ephemer. herm. cent.* 8, obs. XIV.
(7) *Mém. de l'Ac. r. de chir.*, t. II, in-4°, p. 456.
(8) *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 1862, p. 611.
(9) *The Dublin quarterly Journ. of med. sc.*, fév. 1866, 199.

les kystes multiloculaires volumineux, anciens, qui ont été le siége de douleurs répétées; l'autopsie dévoile toutes les altérations caractéristiques de la péritonite aiguë ou chronique.

5. Lorsqu'il y a une irritation produite par le contact prolongé du kyste dans le même point, ou qu'une ponction a été pratiquée lorsque le kyste n'abandonne pas le point où cette ponction a été faite, il y aura adhérences : ainsi les organes adhérents sont ceux qui sont peu susceptibles de se déplacer : épiploon, gros intestin, uretères, utérus, trompes, ligament rond, rarement les parois abdominales, plus rarement encore l'intestin grêle et la vessie (1).

6. Fréquemment aussi les adhérences sont consécutives à la propagation de l'inflammation interne du kyste aux membranes qui le circonscrivent.

7. Quand des éraillures se forment à la surface externe des kystes, le sang s'étale en nappe entre la tumeur et les parties voisines qui s'agglutinent : d'abord fibrineuses, les adhérences s'organisent peu à peu et deviennent de plus en plus vasculaires : au niveau de ces déchirures, les malades éprouvent souvent des douleurs plus ou moins vives et persistantes, symptôme de la lésion de quelques ramifications nerveuses de l'ovaire (2).

8. Cette complication des adhérences est fréquente : on les rencontre à peu près trois fois sur quatre. (V. pl. V, fig. 1).

9. L'*ovaire* disparaît (*kystes intra-ovariques*), reste accolé à un point des parois de la tumeur (*kystes extra-ovariques*), s'atrophie, s'indure, devient cartilagineux, osseux, peut-être enkysté en partie et cancéreux ou stéatomateux dans le reste, mais c'est rare (3).

Quand les deux ovaires sont enkystés, ce qui est fort peu fréquent, les deux kystes ne sont pas développés au même degré. Vidal cependant a

(1) Boinet. *Mal. des ovaires*, pp. 122, 368.
(2) Koeberlé. Obs. XVIII. *Gaz. des hôpitaux*, 1866, p. 525 et obs. XXXVI, *ibid*, 1867, p. 115.
(3) De Malaval. *Mém. de l'Ac. de chir.*, t. II, in-4°, p. 450.
Harderus. *Obs. anat. pract. ex communic. sponti patris.*
Tulpius. *Obs.*, lib. IV, cap. XLIV. — Schenckius. *Obs. med.*, lib. III, *De hydrope*, obs. VI.

rencontré un cas où les deux kystes étaient multiloculaires (1). G. Bauhin (2) rapporte également avoir vu l'hydropisie enkystée des deux ovaires à la fois.

10. *Utérus*. Se trouve en avant du kyste, très-rarement en arrière. Cruveilhier l'a vu trois fois.

Quand l'organe est gravide, il remonte dans la cavité abdominale et repousse le kyste en haut, en arrière et sur l'un des côtés. Il y a là des indications dont il faut savoir tenir compte lorsqu'il s'agit de ponctionner le kyste, pour ne pas provoquer un accouchement prématuré.

D'après la situation et le développement pris par la tumeur ovarique, l'utérus peut,

Lorsque la tumeur, sise dans la partie antérieure du bassin, reste sur la ligne médiane :

a) Être déprimé, tomber en prolapsus complet et même pendre entre les cuisses ; déplacements que favorisent surtout le volume considérable de la tumeur et la résistance des parois abdominales. Chez une femme adressée à Nathalis Guillot, un kyste suppuré avait fait hernie par la vulve : on ne le ponctionna que tardivement parce que jusque-là on avait admis une tumeur encéphaloïde de l'utérus (3).

Quand la pression exercée par la tumeur est latérale, l'utérus peut être :

b) Dévié, son col tourné vers l'ovaire malade et son fond du côté opposé, d'où position horizontale de l'organe qui peut ainsi être couché transversalement ou obliquement au-dessous de la tumeur ovarique.

c) Attiré dans la cavité abdominale par le développement dans ce sens du kyste, et par le moyen des ligaments de l'ovaire, des replis du péritoine et des adhérences péritonéales qui se sont formées : cette traction peut s'opérer de bas en haut, d'où la matrice se trouve en position verticale ou plus fortement d'un côté, ce qui provoque la latéroversion. L'organe peut

(1) Société anatom. 1852.

(2) *Anat.*, lib. I, cap. XXXV.

(3) HIPPOL. BOURDON. *Des tumeurs fluctuantes du petit bassin et de leur ouverture pratiquée par le vagin.* — *Rev. méd.*, juillet 1841, sixième obs., et in *Encyclogr. des sciences méd.*, quatrième série, t. VII, 1841, p. 484.

encore affecter cette position vicieuse soit que la tumeur se développe plus tard plus fortement d'un côté, soit qu'elle agisse par son poids ; ou enfin que cette position lui soit imposée par des adhérences.

L'utérus peut donc ainsi abandonner le bassin au point de devenir inaccessible au toucher vaginal ou rectal (1). Selon Burns, pareil fait ne peut survenir que lorsque l'hydropisie est double.

Si le kyste passe derrière l'utérus, celui-ci est :

d) Refoulé en avant et en haut au-dessus des pubis : il change de direction et peut même s'atrophier par une pression contraire (2).

e) L'utérus peut être fléchi sur lui-même (3).

Les adhérences rendent ces phénomènes plus tranchés, car alors la tumeur entraîne les organes avec elle (4).

Ces divers changements, imprimés à la matrice, déterminent aussi des modifications consécutives dans sa structure : lorsqu'elle est attirée vers la cavité abdominale, elle remonte en conservant sa forme, si les ligaments de suspension la fixent faiblement, et dans ce cas elle va s'appliquer sur la face antérieure ou latérale de la tumeur. Si ces ligaments résistent, l'utérus s'allonge d'après l'angle correspondant à l'origine de la tumeur : on a vu ainsi des utérus longs de 12 à 16 centimètres, d'un volume double de leurs dimensions normales (5) et alors on trouve au-devant du kyste, lui adhérant en certains cas, un corps étroit et allongé, duquel se détache la tumeur par un pédicule très-court, et au-devant de cette tumeur et pouvant également être appliquée sur elle, une trompe utérine qui a quelquefois jusqu'à 20 centimètres de longueur (6).

Par son élévation aussi, l'organe peut s'hypertrophier dans ses parois, en conséquence de la congestion amenée par le développement de la tumeur et les troubles circulatoires déterminés par la compression (7).

(1) FRANCK. *Loc. cit.*, p. 313.

(2) DUGAST. *Dissert. inaugur.*, n° 178, 22. Paris, 1839. — BOIVIN. *Mém. sur l'une des causes de l'avortement*, 123. — BOIVIN et DUGÈS. *Loc. cit.*, *Atlas*, pl. 39.

(3) ARAN. *Loc. cit.*, p. 1053.

(4) *Comp. de méd. prat.* Bruxelles, III, 626.

(5) KIWISCH. *On diseases of the ovaries.*, trad. J. CLAY.

(6) ARAN. *Loc. cit.*, p. 1053.

(7) SCANZONI. *Loc. cit.*, p. 367.

11. Le *vagin* peut finir par s'élever aussi, s'allonger, rétrécir son cul-de-sac : la leucorrhée peut résulter de la stase sanguine qui affecte d'ailleurs tous les organes du bassin.

Dugès a vu le vagin s'oblitérer par les adhérences formées à la suite de la compression exercée sur ce canal allongé et modifié dans sa forme et sa direction.

12. Les *ligaments larges et ronds* s'allongent ou se raccourcissent en suivant l'utérus dans ses déplacements.

Le ligament large est souvent collé en écharpe de bas en haut et de dedans en dehors sur le kyste.

13 L'une des *trompes* considérablement allongée et agrandie, embrassait le kyste dans toute sa longueur dans les cas cités par Montaulieu Dehaēn, Cruveilhier, Boivin et Dugès (1).

Dans un cas cité par Bright (2), une bande formée par le ligament large et la trompe de Fallope s'était étendue sur la tumeur et fit résistance au trocart.

Dans l'observation IV de Kœberlé (3), la trompe offrait une longueur de 20 centimètres et remontait accolée à la partie postérieure de la tumeur jusque dans le creux épigastrique.

Le plus souvent, la tumeur kystique, en s'élevant dans la cavité abdominale, obstrue la trompe de Fallope.

14. *Vessie.* Au début de la formation du kyste dans le petit bassin, la vessie distendue peut masquer plus ou moins la tumeur : elle peut même être prise pour une tumeur enkystée du ventre (4).

Par la compression du canal uréthral, il y a rétention (5) ou incontinence d'urine.

(1) *Atlas*, p. 30. — *Loc. cit.*, édit. belge, II, p. 227.
(2) *Ann. de méd. belge et étrangère*, 1838, IV, p. 83.
(3) *Opér. d'ovariot.*, p. 70.
(4) Boyer. *Traité des mal. chir.*, IX, p. 174.
Boinet. In service Demarquay, *Mal. des ovaires*, p. 94.
V. *Diagnostic.*
(5) Churchill. *Loc. cit.*, p. 610.
Rob. Lee. *Cyclopæd. of pract. med.*, art. *Diseases of ovaria.*
Burns. *The principles*, etc., p. 155.

Généralement elle est comprimée, affaissée; d'autres fois repoussée de haut en bas ou latéralement (1).

Ritouret (2) a vu la vessie adhérente à la partie antérieure du kyste; en outre le côlon transverse, placé plus bas qu'à l'état normal, venait traverser la face antérieure de la tumeur à laquelle il adhérait fortement, en décrivant une courbe à concavité supérieure, de façon que la tumeur ne se trouvait en contact immédiat avec la paroi abdominale que dans un espace triangulaire situé à gauche; dont le sommet se trouvait à deux centimètres au-dessous de l'ombilic et dont la base, située à peu près au commencement du côlon descendant, mesurait six centimètres; les côtés de ce triangle étaient formés en haut par le côlon transverse, en bas par la vessie. C'était donc le seul point où la ponction n'eût lésé ni l'intestin, ni la vessie.

Dans l'autopsie de la première opérée de Nélaton, morte de tétanos, on trouva la vessie comme bridée et divisée en lobes par le pédicule de la tumeur, quoiqu'il n'y eût pas eu le moindre symptôme du côté des fonctions urinaires pendant la vie (3).

15. Les *reins et les uretères* peuvent être comprimés et déterminer ainsi une diminution dans la quantité d'urine, comme chez la malade de Portal (4) dont les urines coulèrent librement après la ponction.

16. *Intestins*. Retenus par le mésentère, ils sont refoulés du côté opposé au kyste, de bas en haut et en arrière vers la colonne vertébrale, le plus souvent dans l'hypochondre gauche, sauf lorsqu'il y a adhérences intimes avec les parois abdominales antérieures et latérales, l'utérus, la vessie, etc.

Quand la tumeur occupe une des moitiés latérales de l'abdomen, et est fortement adhérente à la paroi abdominale adjacente, au point de ne pas se déplacer quand la malade change de position, alors la partie libre de l'abdomen peut renfermer toute la masse intestinale.

(1) Aran. *Loc. cit.*, p. 1083.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1863, I, p. 108, 6e série. — *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, 1862, n° 29.

(3) *Gaz. hebdom.*, 1862, 494.

(4) *Cours d'anat. méd.* Paris. 1804, V, 549.

Dans l'une des trois observations de Cantani (1), la tumeur, par suite de l'allongement du pédicule, passa du côté droit au côté gauche, et refoula les intestins à droite.

Les côtés de la cavité abdominale sont ordinairement occupés par les côlons ascendant et descendant.

Parfois le grand épiploon (2) et même une anse intestinale (3) s'interposent entre le kyste et la paroi abdominale antérieure. Dans le fait cité par Cantani (4), une anse intestinale était placée entre cette paroi et la tumeur, soudée à la première et fixée par une adhérence du mésentère à la seconde : il y eut hémorrhagie du kyste et mort à la suite de la ponction.

Dans l'observation rapportée par le docteur Robert, une anse de l'intestin grêle s'était moulée autour du pédicule d'un kyste dermoïde et s'était étranglée : la mort survint par la rupture de la tumeur à la suite du second accouchement effectué dans ces conditions (5).

Dans un autre cas, un kyste de l'ovaire, divisé en plusieurs lobes contenant des cheveux et des dents avait étranglé l'intestin entre ses lobes (6).

Le poids de la tumeur en comprimant les intestins grêles, peut y occasionner la gangrène et déterminer ainsi la mort (7).

17. L'*estomac*, le *foie*, le *diaphragme* et même le *poumon* et le *cœur* peuvent être refoulés, comprimés, déprimés par l'extension quelquefois prodigieuse qu'acquiert la tumeur. C'est ainsi que, d'après Scanzoni (8), une tumeur colloïde avait contracté des adhérences avec le foie et déplacé l'orifice pylorique de l'estomac au point de placer cet organe dans une position presque perpendiculaire.

(1) CANTANI ARNALDO. *Sull' idrocistovario.* Il Morgagni, nos 5, 7, 8 et 9, 1866.

(2) CRUVEILHIER d'après E. CLOQUET.

(3) Comme l'ont observé SPENC. WELLS. *Clinic. Remarks on sev. cas. of ovariot* et in *The med. Times and Gaz.*, 1862, II, p. 27 (voy. pl. VII, fig. 1), et LASKOWSKI, *thèse citée*, p. 52.

(4) *Loc. cit.*

(5) L. HARDY. *The Lancet*, Apr. 1845. — *Arch. gén. de méd.* 1846, 4e série, t. 10, p. 92. V. DANCE. In *Arch. gén.* 1re série, t. 21, pp. 214 et 219, 1829.

(6) *Un. med.* 1857, no 116. — *Amer. med. Monthly*, Jan. 1857.

(7) *Obs.* RIDLEY. *Obs. med. pract. et physiol.* Obs. 33.

(8) *Loc. cit.*, p. 368.

Le diaphragme peut remonter jusqu'à la deuxième côte (1), jusqu'à la troisième (2) et ordinairement c'est à droite qu'il remonte davantage, à cause de la présence du foie.

Neumann (3) a vu un kyste partant de l'ovaire droit, croiser obliquement l'abdomen et aller refouler le diaphragme : il avait déplacé tous les viscères abdominaux : le poumon gauche et le cœur étaient refoulés dans la cavité de la poitrine.

18. Le *rectum* éprouve un degré de compression en rapport avec la solidité des adhérences qui fixent la tumeur dans le bassin et le contenu plus ou moins dépressible de celle-ci. — Il est poussé tantôt en avant, tantôt à droite du bassin, ce qui rend quelquefois la compression moindre tout en laissant persister les désordres fonctionnels.

19. L'*anneau ombilical* se dilate fréquemment d'une manière très-considérable au point que la tumeur forme hernie. Boinet (4), à propos d'une opération d'ovariotomie pratiquée par lui avec succès sur une femme affectée de kyste multiloculaire gauche compliqué d'ascite, de hernie ombilicale et de prolapsus utérin, se montrait décidé en cas de hernie ombilicale étranglée, à faire une incision sur la ligne blanche en dessous de l'ombilic pour permettre d'aller retirer les intestins et l'épiploon engagés et étranglés dans l'anneau.

20. Il peut y avoir sur la ligne médiane de la *paroi abdominale* des éraillements considérables qui permettent à la tumeur de venir en dessous du derme. Scanzoni (5) rapporte avoir vu une personne dont l'anneau ombilical présentait un diamètre de 7 1/2 centimètres, en même temps qu'existait en dessous de l'ombilic, une fente d'environ 10 centimètres.

(1) *Ibid*, p. 369.
(2) Aran. *Loc. cit.*, p. 1052.
(3) *Loc. cit.* § 475, p. 729.
Voyez aussi pour la dissection d'ovaires hydropiques :
Nuck. *Adénographie*, chap. 8.
Transact. philosoph. n° 466.
Bonnet. *Sepulchret. anat. lib.* 3, cap 21.
(4) Société impériale de chirurgie, séance du 11 novembre 1868.
(5) *Loc. cit.*, p. 369.

21. Les *plexus sacré* et *lombaire* donnent lieu par leur compression à certains symptômes douloureux.

Les ganglions nerveux, en communication avec les organes malades s'hypertrophient, s'il faut s'en rapporter à Rob. Lee.

22. *Vaisseaux iliaques et veine cave.* Leur compression amène l'œdème des membres inférieurs et l'ascite.

Nous verrons à l'article *Terminaisons*, les altérations diverses que les kystes peuvent faire subir aux organes qui les avoisinent (1).

TITRE DEUXIÈME. — ÉTIOLOGIE.

Felix qui rerum poterit cognoscere causas!
Virgile... Georgiques. Livre II, vers 490.

1. Les auteurs sont loin de s'entendre sur les causes qui peuvent déterminer la dégénérescence kystique des ovaires. Les opinions sont ici autrement disparates encore que celles que nous avons eu l'occasion de rapporter quand nous cherchions à établir la genèse de ces tumeurs. Voyons néanmoins rapidement ce qui a été dit à ce sujet.

1. CAUSES PRÉDISPOSANTES.

1. *Age.* On a observé des kystes ovariques à tout âge.

Marjolin a présenté à la Société de chirurgie (2), au nom de Barthez, un kyste multiloculaire de 19 livres, extrait de l'abdomen d'une petite fille de 11 ans.

Une fille de 11 ans, non menstruée, porteuse d'un kyste ovarique, fut soumise à l'observation de Courty (3). Les tables statistiques de J. Clay renseignent plusieurs cas analogues.

(1) Consult. PARMENTIER. *Mém. sur l'anat. pathol. des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le traitement et le diagn. de ces affections.* Prix Portal. Voir *Gaz. méd.*, nos 1, 5, 10, 1859.

O. SPIEGELBERG. *Ein Beitrag zur Anat. und Pathol. der Eierstockscyst. Monatschr. f. Geburtsk.* Bd. XIV, Heft 2 u. 3, 1859.

(2) Séance du 29 mars 1860.

(3) *Malad. de l'utér.*, pp. 282 et 929.

Joüon, de Nantes (1), opéra une fille de 12 1/2 ans, non menstruée, pour un kyste multiloculaire qu'elle portait depuis dix-huit mois : elle guérit.

Burrow a vu un cystosarcôme malin de l'ovaire chez une fille de 15 ans à peine, et Ch. West a observé la rupture d'un kyste chez une fille de 16 ans chez laquelle il avait commencé à 13 (*Lec. sur les mal. des femmes*, p. 617) : il observe judicieusement à ce propos que peu d'auteurs ont tenu compte de l'âge à partir des premiers symptômes, mais presque tous à partir du moment où ils ont observé la malade.

Giraldès (2) fut moins heureux que Joüon, chez une fille de 15 1/2 ans qui depuis 9 ans portait un kyste fœtal.

Baker-Brown (3) a observé un cas à 11 ans, avant l'établissement de la menstruation, et un second à l'âge de la puberté.

Enfin on en a rencontré chez le nouveau-né (4) ; Boullard (5) a vu les deux ovaires d'un nouveau-né recouverts d'une foule de petits kystes en miniature ; mais il paraît évident, comme l'observe Boinet (6), qu'il s'agit ici des kystes en miniature de Cazeaux, comme on les observe fréquemment chez les vieilles femmes (7).

Mayer, de Bonn (8), chez un enfant de 17 jours, a constaté que les deux ovaires étaient convertis en deux kystes renfermant chacun 15 à 16 cellules remplies de sérosité avec dépôt sédimenteux, ce qu'il attribue à un arrêt de développement des ovaires demeurés dans leur état primitif.

Richard Brown a observé un cas de tumeur encéphaloïde de 10 1/2 onces dans l'ovaire droit d'un enfant de 9 mois (9), et Kiwisch (vol. II, p. 79, § 36)

(1) Société impér. de chir., 19 juin 1869.

(2) *Ibid.*, 20 février 1867.

(3) In LABALBARY, *loc. cit.*, p. 19. *Tables de* J. CLAY, p. 84, cas 78.

(4) BAUCHET, *loc. cit.*, p. 7.

(5) Société anatom., 1854.

(6) *Loc. cit.*, p. 96.

(7) BAILLY (Société anatom. de Paris, 1854) en a observé 10 à 12 sur chacun des ovaires d'une vieille femme.

(8) *Journal de Graëfe*, vol. IX, cah. 4.

(9) *Lancet*, Mai 8, 1858. *Med. chir. Monatschr. u. z, w. von* F. E. FRIEDRICH *und* Dr ALFR. VEGEL 1858, II Bd, S. 375.

dit qu'au Musée de Prague, une préparation montre un kyste de l'ovaire chez un enfant d'un an.

Comme on le voit, Boivin et Dugès (1) avancent une erreur grave en établissant qu'on n'observe jamais de kystes avant l'âge nubile.

Cette affection est rare cependant avant la puberté : le plus souvent c'est de 25 à 30 ans qu'on l'observe.

Pour les uns c'est de 30 à 50 (2) ou de 40 à 50 (3).

D'après Copland, il est rare que les cas chroniques de kystes ovariques chez des femmes âgées, remontent au-dessus de 50 ans. Pour Baker-Brown, l'âge effectif doit être fixé à 26 ans (4), et pour Gendrin (5) après l'âge critique.

Bluff (6), sur 38 cas qu'il a recueillis, a pu constater que 18 malades avaient de 30 à 50 ans.

Des 94 cas de Ch. West (*Lec. sur les mal. des femmes*, p. 618) 28,7 °/₀ avaient de 35 à 40 ans.

Dans les 14 autopsies de Mac-Ferlane (7), 2 des malades avaient moins de 30 ans.

4 des malades avaient entre 30 et 40 ans.

5 » » » 40 et 50 ans.

3 » » au-dessus de 50 ans.

Ach. Chereau sur 230, en signale 135 entre 17 et 37 ans.

Lee,	» 135	»	82	» 20 et 40 ans.
Scanzoni,	» 7	»	70	» 18 et 40 ans (8).
Laskowski,	» 100	»	73	» 17 et 40 ans (9).

(1) Edit. de Paris, 1833, pp. 527, 528.
(2) *Compend. de méd. prat.*, III, 631. Brux.
(3) Velpeau. *Dict. de méd. Enc. des sc. méd.*, art. *Ovaire*, p. 305.
(4) In Labalbary. *Loc. cit.*, 19.
(5) *Gaz. des hôp.*, 1840, n° 44.
(6) In *Experience*, *loc. cit.*
(7) *The Lancet*, septembre 1832.
(8) *Loc. cit.*, p. 359.
(9) *Thèse citée*, p. 43.

En consultant les statistiques de John Clay et de Negroni (1), on trouve que sur 542 cas, 374 femmes avaient entre 25 et 50 ans.

113 » » » 15 et 25 ans.

55 » » » 50 et 75 ans.

2. D'après Lisfranc (2), une ou plusieurs grossesses antérieures, et le rapprochement des sexes, favorisent beaucoup le développement de cette maladie.

Berends (3) au contraire, croit qu'elle affecte plus spécialement les femmes âgées qui n'ont pas eu d'enfants. — Neumann partage le même avis (4).

A s'en tenir aux relevés de Bluff, ce serait précisément l'inverse qu'il faut admettre.

Burns (5) l'a plus fréquemment rencontrée chez les femmes que chez les filles.

Capuron (6) chez les célibataires, les stériles et les femmes âgées.

Sprengel (7) chez les religieuses et les célibataires; ce que controuvent les relevés de Bluff (8).

Churchill (9) chez les femmes qui ont eu des enfants.

Richter (10) chez les célibataires âgées, les filles de joie et les nonnes.

Kiwisch (11) trouve que la puerpéralité et l'époque de la menstruation augmentent beaucoup la prédisposition.

Scanzoni (12) admet que le début tombe dans l'époque où la femme est susceptible de concevoir, surtout lorsque chez elle il y a abstinence des plaisirs vénériens (13).

(1) *Thèse citée.*

(2) BECQUEREL, *loc. cit.*, II, 231. VALLEIX. *Guide du méd. prat.* 4e édit., V, 297.

(3) *Loc. cit.*, V, 119.

(4) Pour l'influence de l'âge critique, consult. ETIENNE. *Thèse* n° 94, p. 32. Paris, 1819.

(5) *Loc. cit.*, 145.

(6) *Traité des mal. des femmes.* Paris, 1812, 178.

(7) *Pathol.*, vol. VIII, § 654.

(8) Sur 21 cas, 4 filles et 17 femmes mariées.

(9) *Loc. cit.*

(10) *Id.*, p. 130.

(11) In LABALBARY, *loc. cit.*, p. 20. *Comp. de méd. prat.* Brux., III, 631.

(12) *Loc. cit.*, p. 361.

(13) Ce qui ne concorde pas avec sa propre statistique, ainsi que le fait remarquer BECQUEREL.

Boinet (1) que la tumeur se développe beaucoup plus rapidement à l'époque de la menopause.

Thomas S. Lee (2) rapporte le développement des kystes ovariques à trois causes principales :

1° Au travail de l'accouchement ;

2° A la suppression brusque des règles ;

3° A l'excitation du coït.

D'après Baker-Brown, la manifestation des kystes se fait fréquemment peu après la naissance des enfants : l'évolution menstruelle, les périodes de la conception et de la délivrance, les excès vénériens, la suppression brusque des règles par suite de l'hypérémie interne qu'ils provoquent dans les organes du bassin en général et les ovaires en particulier, placent ceux-ci dans des conditions particulières d'excitation qui favorisent le développement des kystes, et c'est ce qui explique comment ces tumeurs deviennent plus appréciables à ces époques, et en rend l'apparition moins fréquente avant la puberté et après l'âge critique.

Dans l'ovarite, dit Copland, malgré qu'il y ait dans la région ovarique sensibilité et douleur exaltées au début, il y a aussi menstruation plus fréquente et plus copieuse indiquant plutôt de l'excitation que de l'inflammation : la difficulté apportée alors à l'évacuation des follicules par l'hypertrophie de leurs parois et des parties environnantes, expliquerait pour Kiwisch l'agrandissement hypertrophique des vésicules de de Graaf en cette occurrence. C'est ainsi également qu'agirait l'irritation inflammatoire de la séreuse qui recouvre les ovaires, d'après Ayre (3) cité par Bluff (4).

D'après ce dernier auteur (5), l'apparition naturelle des règles peut faire cesser le développement progressif de la tumeur. D'un autre côté, Itard (6) cite l'observation d'une fille qui, atteinte depuis trois ans d'un kyste ovarique, périt dans le travail de la première menstruation. Chez la femme

(1) *Loc. cit.*, p. 96.
(2) *On tum. of the uter. and its appendages.* 1846.
(3) *Researches into the natur and treatment of several form of Dropsy.* Lond., 1825, in-8°.
(4) In *Abeille*, 1838, t. Ier.
(5) *Loc. cit.*, obs. 19.
(6) *Dict. des sc. méd.*, t. XXII, p. 422.

adulte, hors l'état de grossesse, Olivier Musnier (1), Bluff (2), Thibault (3) citent des faits où ils croient trouver une influence manifeste de la menstruation sur le développement extraordinaire du kyste. On peut aussi citer des faits qui prouveraient l'influence réciproque, c'est-à-dire où le développement kystique amène des dérangements menstruels bien évidents... Nous dirons cependant avec Thibault que, dans cet état, la femme doit éviter le coït, la conception, la grossesse, l'accouchement qui mettent en jeu les sympathies les plus propres, les plus sûres de favoriser les progrès de l'état morbifique (4). Boivin et Dugès (5) prétendent aussi avoir des raisons de croire que l'excitation abusive des organes génitaux explique fréquemment l'origine des kystes de l'ovaire, et le docteur Gallard, dans une leçon clinique récente (6), affirme que l'usage longtemps prolongé de la machine à coudre à deux pédales, peut provoquer le développement, même rapide, du kyste de l'ovaire, par l'éréthisme permanent du système génital.

Jobert de Lamballe (7) prétend qu'il faut tenir un certain compte de la vaginite (fleurs blanches) des jeunes filles, pour l'influence qu'elles peuvent avoir sur la production de la maladie.

Si nous recourons aux statistiques pour savoir quelle est la part que l'on peut attribuer aux fonctions génitales sur la production de la maladie qui nous occupe, voici ce qu'elles nous apprennent :

Sur 136 mal. Th. S. Lee en a trouvé	28 mariées	57 célibataires		11 veuves.
» 97 » Scanzoni » » »	45 » (13 sans enfants)	40 »	7 avec enf. 16 vierges	7 » 51 n'avaient donc pas conçu.

37 fois sur 57 d'après Scanzoni, 7 fois sur 16 d'après Lee il y avait eu des anomalies de la menstruation.

(1) *Thèses de Paris*, n° 41, 1820.

(2) *Journal l'Expérience*, I, 357, obs. 15.

(3) *Rech. sur l'influence de la grossesse et des dérangements menstruels sur la marche de l'hydropis. enkyst. de l'ovaire. Rev. méd. chir. de Paris*, 1847. *Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, 1847, 873.

(4) Voyez plus loin : *Hygiène de la femme atteinte de kyste de l'ovaire.*

(5) *Edit. belge*, II, 230.

(6) *De l'ovarite. Gaz. des hôp.*, 1869, 338.

(7) *Gaz. des hôp.*, 1816, 306.

Sur 27 des malades de Scanzoni 13 fois le début fut marqué par une douleur fixe après la délivrance.
3 » la maladie suivit des avortements réitérés.
3 » » » » une violente métrite.
6 » » » » une suppression subite des règles.
2 » » » » le mariage (1).

Quant à l'influence de la stérilité, voici ce que renseignent les recherches de Mayer (2) à propos de la proportion relative des affections ovariques :

Sur 263 femmes stériles qui présentaient une altération quelconque du système utérin :
33 avaient une fluxion ou version utérine.
Sur ces 33, 8 avaient comme complication, de l'ovarite chronique.
7 » » » des tumeurs de l'ovaire.

Par les statistiques combinées de Negroni (3) nous trouvons sur un chiffre de 400 malades, 149 filles, 251 mariées dont 32 sans enfants, 138 mères.

En somme 357 avaient conçu.

Les difficultés que l'on éprouve à tirer des conclusions un peu nettes des statistiques à ce sujet, reposent sur l'impossibilité de déterminer au juste le début si peu appréciable en général de ces tumeurs, et sur cette circonstance, que l'époque de l'activité fonctionnelle de l'ovaire n'est pas toujours accompagnée de conception et par conséquent de grossesse, et cela qu'il s'agisse de femmes mariées ou non; et enfin sur le peu de fondement qu'on peut donner aux assertions des malades.

3. *Hérédité.* — Rose John en rapportant le fait de deux sœurs affligées de kyste ovarique, et dont la mère avait souffert du même mal, se demande si l'affection n'est pas héréditaire (4)? S'il faut croire Kœberlé (5), quand l'affection est héréditaire, les deux ovaires sont probablement malades.

L'observation de Ch. Bonvin (*Thèse de Laskowski,* p. 43) ferait admettre que l'hérédité joue un certain rôle dans le développement des

(1) SCANZONI, *loc. cit.*, p. 361, cité par COURTY, *loc. cit.*, p. 929.
(2) *Quelques mots sur la stérilité. Virchow's Archiv,* septembre 1856.
(3) Thèse citée.
(4) *Lancet*, II, n° 24, 1866.
(5) *Loc. cit.*

kystes de l'ovaire : une femme succombe aux progrès de l'hydropisie enkystée à l'âge de 35 ans et sa fille, quelques années plus tard, atteinte de la même affection, meurt après avoir subi plusieurs ponctions. Il est bon d'ajouter que, dans les deux cas, l'autopsie a fait découvrir l'existence de kystes multiloculaires à parois envahies par la dégénérescence cancéreuse.

4. Nauche considérait l'hydropisie de l'ovaire comme une affection constitutionnelle, le résultat d'une diathèse scrofuleuse (*Des maladies propres aux femmes*); et nous avons vu que Ledran la considérait comme provenant de la diathèse cancéreuse (*Hydropisie enkystée, attaq.*, etc. *Mém. de l'Ac. de chir.*, Paris, 1753, II, 440). Bird partage entièrement l'opinion de Nauche (*Med. Times*, july 1853, *Prag. Vierteljahresschr.* Bd. 40 p. 63).

5. *Kystes fœtaux.* — Pour Meckel (1) ils sont le résultat d'une fécondation incomplète par suite d'une excitation contre nature des organes génitaux (*lucina sine concubitu*). Il base cette explication sur le cas de Nysten, où des dents et des parties osseuses furent rencontrées chez une jeune fille de 13 ans qui se masturbait.

Buffon (2) avait déjà émis cette opinion, et Pline expliquait de cette façon la formation des masses amorphes de l'utérus et des ovaires : « *molas gigni putant, ubi mulier non ex mare, verum ex semetipsâ tantum conceperit ideo nec animari quia non sit è duobus* (3). »

Boinet (4) trouve qu'on peut attribuer ces productions (poils et dents), à l'activité plastique très-énergique de l'ovaire, en ce sens qu'on les observe fréquemment chez les femmes qui ont vécu dans le célibat sans avoir eu d'enfants, en même temps qu'elles ne peuvent assouvir les vifs désirs vénériens qu'elles éprouvent, d'où on pourrait conclure qu'il n'est pas nécessaire d'admettre le concours de l'homme pour la production de ces anomalies. Le vétérinaire Carlier a remarqué que les vaches qui ne font pas de

(1) *Mém. sur les poils et les dents qui se dével. accident. dans le corps*, in *Journ. complément. du Dict. des sc. méd.*, IV, 122 et 217.

(2) *Hist. nat.*, II, 360.

(3) *Hist. nat.*, livre X, cap. 84.

(4) *Mal. des ovaires*, p. 67.

Voyez aussi : *Hist. gén. et partic. des anomal. de l'organisat., etc.* Edit. belge, 1837, II, 403, par Geoffroy de Saint-Hilaire. Berthold. *Allgem. med. Zeit.*, 1834, 43. Truckmüller, *loc. cit.*

veau, sont atteintes de kystes ovariques et réclament constamment les approches du mâle.

Cette force plastique, ce *nisus formativus* sans copulation, a été admis par Lamzweerde (1) et Blumenbach. Cependant, comme le fait remarquer Velpeau (2), quand on parcourt les observations données par les auteurs, on est bien obligé de convenir que peu des malades qui en sont les sujets étaient vierges, et encore les circonstances du coït sont fort douteuses. Chez toutes, en effet, il existe des conditions qui doivent rendre l'acte générateur incomplet, ainsi :

Observation Cleghorn : première couche, puis suppression des règles pendant 13 ans.

Observation Cheston : première couche à 42 ans, puis santé mauvaise et mort au bout de 5 ans.

Observation Becker : id.

Observation Autenrieth et Ploucquet : femme sans enfants.

Observation Grambo : acte conjugal entre homme de 50 ans et femme de 33 ans.

Le plus grand nombre n'offraient rien de particulier dans les rapprochements : (Hilden, Anderson, Gooch, Osiander, Balard, Merriman, Rose, Ludwig, Bauhin, Blancard, Blegny, Boinet, Klourigues, Ploucquet, Cruveilhier, Velpeau, Tumiati, Menghini, Murray, Buddoeus, Young, Corvinus).

D'après Lebert (3) les kystes dermoïdes se rencontrent plus fréquemment à la puberté ou chez les jeunes femmes :

1 cas fut observé à l'âge de 10 ans ;
8 cas furent observés à l'âge de 10 à 15 ans ;
3 » » » de 15 à 20 ans ;
15 » » » de 20 à 30 ans ;
12 » » » de 30 à 40 ans ;
13 » » » de 40 à 50 ans ;
7 seulement après 50 ans.

(1) *Tractatus de molis uteri.*
(2) *Dict. de méd. de l'Encyclogr. des sc. méd.*, art. *Ovaire*, pp. 304 et 305.
(3) *Beobacht. und klinisch Bemerk. über dermoïd. Cyst. Prager Vierteljahr.*, Bd IV, 1858.

6. Les hypothèses émises pour expliquer le développement de la *grossesse extra-utérine* ne souffrent pas l'examen.

2. CAUSES DÉTERMINANTES.

1. Il faut bien l'avouer, les causes déterminantes proprement dites ne reposent sur aucun fait sérieux. C'est dans le travail de Bluff qu'on en trouve l'énumération la plus complète :

1° Refroidissement : A l'époque menstruelle, toute douleur de la région ovarique autre que celles auxquelles est habituée la personne qui l'éprouve, dit Burns (1), doit éveiller l'attention, que la malade soit mariée ou non; on ne doit jamais la négliger, surtout quand elle est suivie de constipation ou qu'elle survient après un refroidissement.

2° Vêtements trop étroits (2), corsets trop rudes, trop raides (Morgagni).

3° Choc d'une pierre (3), un coup (4); causes difficiles à s'expliquer, dit Tavignot (5), lorsqu'on songe à la situation profonde de l'ovaire qui le rend inaccessible aux chocs extérieurs.

4° Fausse couche et métrorrhagie (6), accouchement difficile avec forceps (7), accouchement (8), suppression des lochies (9), du lait (10), affections morales, pression de l'utérus pendant la grossesse et efforts pendant les accouchements difficiles (ovaires comprimés par la tête de l'enfant).

3. FRÉQUENCE.

1. Sur 1823 cas gynécologiques, il y avait 97 tumeurs ovariques et sur 41 de ces tumeurs, il y avait 25 kystes :

(1) *Loc. cit.*, p. 148.
(2) JOERDENS. *Journ. d'Hufeland*, t. II.
(3) LEMAIRE. *Rev. méd.*, février, 1835.
(4) OSIANDER. *Neue Denkwürd.* B^d, 1799, S. 186. — VELTER. *Rev. méd. franç.*, 1825, III.
(5) *Expérience*, 1855, p. 55.
(6) TRUCKMULLER, *Paetsch Casper's Wochenschr.* 1835, n°s 21 et 22.
(7) WEIGLEIN. *Anthol med.*, février, 1804.
(8) MIGHELL. *Americ. Journ.*, nov. 1829. MÜLLER, vol. VIII. ERYTHROPEL. *Holsch. Ann.* t. IV, 705.
(9) ADELMANN. *Siebold's Journ.*, IV., cah. 1.
(10) MÜLLER. *Würt. Med. Conv.*, 1834, n° 21.

13 simples.

12 composés, 9 colloïdes.

5 cystoïdes.

2 cystosarcômes (1).

D'après Ch. West (2) l'aptitude des ovaires à la formation des kystes est tellement grande que dix-neuf fois sur vingt, les tumeurs ovariques sont constituées par des kystes.

2. Le docteur Kulm, sur 109 malades traitées à la clinique du professeur Braun, en 1860, à Vienne, a constaté 7 cas de kystes ovariques :

4 multiloculaires.

3 uniloculaires (3).

3. Courty (4), sur une clientèle assez étendue à la vérité, en a observé 30 cas en trois ans.

TITRE TROISIÈME. — SYMPTOMES.

« Les troubles fonctionnels sont le sujet principal de la préoccupation du médecin comme du malade. »

SPRING. *Symptomatologie*, I (préface).

CHAPITRE PREMIER.

SYMPTÔMES SUBJECTIFS.

I. *Douleur*. — 1. Il y a une remarquable différence dans la tolérance des malades à l'endroit du kyste, ce qui peut dépendre :

1° De l'impressionnabilité nerveuse de la femme.

2° De l'état général de sa santé.

3° Du mode de développement de la tumeur, de sa nature et de son contenu. C'est ainsi que, d'après Scanzoni (5), les kystes composés et les

(1) SCANZONI. *Loc. cit.*, p. 359.

(2) *Leç. sur les maladies des femmes*, trad. par CH. MAURIAC. Paris, 1870, p. 572.

(3) *Monatschr. für Geburtsk. Frauenk.*, t. XIX, p. 319, 1862.

(4) *Loc. cit.*, p. 309.

(5) *Loc. cit.*, p. 365.

autres tumeurs s'accompagnent ordinairement des symptômes que nous allons décrire, tandis qu'il n'est pas rare que les malades n'aient pas la conscience de tumeurs kystiques simples même très-volumineuses : le volume augmenté de l'abdomen n'attire même pas l'attention chez les femmes très-grasses et ordinairement météorisées : des accidents aigus, dit aussi Aran (1), le hasard ou le diagnostic du médecin, viennent seuls les tirer de leur quiétude.

Sur les 94 cas réunis par Ch. West, trente-trois fois la découverte de la tumeur fut inattendue, sans symptôme caractéristique. Il cite le fait d'une jeune femme où cette découverte eut lieu à la suite de douleurs abdominales subites : le kyste était gros comme une tête d'adulte (2).

4° De l'extension de l'inflammation autour du kyste, surtout si elle a gagné le péritoine (3).

2. En général, d'après Baker-Brown, l'hydrovarie est annoncée par la douleur qui l'accompagne, moindre chez les femmes mariées qui n'ont pas eu d'enfants que chez les autres, et surtout si elles ont atteint l'âge moyen de la vie, la maladie ne progressant alors que lentement. Dans la presque moitié des cas de l'ovariotomiste anglais, il y a eu douleurs lancinantes et paroxystiques : les malades qui ne les ont pas accusées, les ont probablement attribuées à une autre cause et les ont ainsi oubliées (4).

3. Cette douleur ovarique est due :

1° A la fluxion qui s'opère dans l'organe par l'état cataménial, la poussée de développement du kyste ou l'ovarite.

2° Aux adhérences péritonéales qui entravent la mobilité du kyste.

3° A la compression des organes voisins par la tumeur.

4° A la compression ou la destruction partielle de filets nerveux par le fait de la tumeur qui presse sur eux (5).

4. *a*) Au début, cette douleur est légère, sourde, gravative, ordinaire-

(1) *Ibid.*, p. 1056.
(2) *Loc. cit.*, p. 623.
(3) Labalbary, *loc. cit.*, p. 27.
(4) *De l'hydropisie*, etc. chap. II.
(5) Becquerel, *loc. cit.*, II, 234.

ment pongitive, ou bien il y a simplement sentiment de pression ou d'une cuisson s'irradiant fréquemment vers l'extrémité inférieure correspondante, qui devient le siége de picotements, de formication, simulant ainsi une névralgie (1).

Quelques malades ont accusé une douleur au périnée, ce qui serait caractéristique pour quelques auteurs (Scanzoni, *loc. cit.*, p. 364).

b) Plus tard, quand la tumeur a un volume moyen, il y a gêne, pesanteur dans le ventre, tiraillement des régions iliaques. Très-rarement quelques douleurs lancinantes dans la tumeur, revenant à intervalles irréguliers.

En changeant de place dans le lit, la malade sent quelquefois le déplacement d'un corps mobile dans le ventre : quand elle se couche du côté opposé à la tumeur, la gêne, la pesanteur et la douleur obtuse sont accusées dans le nouveau point que vient occuper la tumeur en se déplaçant.

5. Les parois abdominales sont quelquefois tellement sensibles, que la moindre pression devient insupportable.

6. Quelquefois les douleurs sont à type régulier et apparaissent à chaque menstruation (2), avant ou après les règles : parfois c'est par le fait de changements barométriques ou hygrométriques qu'elles se manifestent (3) : d'autres fois elles ont simulé les douleurs de l'enfantement (4).

Dans d'autres circonstances enfin, il faut une pression ou certains mouvements pour déterminer la douleur qui très-souvent, comme le dit Baker-Brown, échappe à l'attention de la malade ou est confondue avec les douleurs passagères du ventre auxquelles elle est habituée.

7. Le premier symptôme est surtout important pour déterminer le côté où le kyste a commencé, car on doit opérer, d'après Boinet, du côté où le kyste a pris naissance (5).

La douleur abdominale, plus ou moins distinctement rapportée au côté

(1) JOERDENS, *loc. cit.*

(2) LIZARS, SMITH in BLUFF, *loc. cit.*

(3) ARAN, *loc. cit.*, p. 1055.

(4) JOERDENS. *Hufeland's Journ.*, vol. II.

(5) BOINET. *Diagnost. différent. des tumeurs du ventre et des kystes de l'ovaire. Gaz. hebd.*, 1860, p. 7 et *Iodothérapie*, p. 408.

malade, a été notée trente et une fois sur les 94 cas réunis par Ch. West (1).

Il est néanmoins des circonstances qui peuvent provoquer plus spécialement des douleurs, et dont il est bon de tenir compte dans l'intérêt des malades (2), ainsi :

1° La distension extrême de la poche, lorsque les parois épaisses sont peu extensibles.

2° La péritonite partielle avec production de fausses membranes.

3° La complication de tumeurs malignes, d'encéphaloïdes qui déterminent des phénomènes douloureux.

4° Une grossesse concomitante qui, par le développement de l'utérus, amène des phénomènes d'une compression beaucoup plus considérable ou des tiraillements douloureux lorsqu'il y a adhérences formées.

5° Enfin, l'inflammation de la membrane interne du kyste dont nous nous occuperons à l'article *Terminaisons*.

II. *Phénomènes sympathiques*. — 1. Certaines malades éprouvent des élancements dans le sein correspondant au côté malade, ou même dans les deux seins (3). Il se peut même qu'il y ait sécrétion laiteuse ; que la femme éprouve des dégoûts, des appétits bizarres, des malaises, tous les matins en se levant (4) et coïncidant avec la suppression des règles (5) : le fait a été commenté par Burns (6). Des troubles de diverse nature peuvent survenir du côté de l'estomac, principalement à chaque poussée de la tumeur, lorsque ses parois sont peu extensibles, et cela par action réflexe (7).

Dans d'autres circonstances, on a vu les mamelles s'affaisser et se flétrir (8).

L'intumescence des seins, que l'on observe parfois, se lierait, d'après Scanzoni (9), aux périodes de la menstruation.

(1) *Loc. cit.*, p. 623.
(2) GOSSELIN. *Leç. cliniques de la Charité. Gaz. des hôp.*, 1869, n° 98.
(3) ROBERT. *Manuel de Burns*, p. 145.
(4) VATER in HALLER. *Disput. med.*, IV, 400. MONRO. *Essais*, etc., pp. 224, 233 notes.
(5) CAZEAUX, *loc. cit.*
(6) *The principles*, etc., 1848, 152, notes. V. A. OGDEN *Lond. Med. Gas.*, 1840, janvier.
(7) GOSSELIN. *Leç. clin. Gaz. des hôp.*, 1869, n° 98, p. 385.
(8) CARUS. *Gynækologie*, § 545.
(9) *Loc. cit.*, p. 363.

2. Le symptôme sympathique le plus pénible, lorsqu'il existe, est l'irritabilité de l'estomac : il y a alors des vomissements constants qui épuisent la malade et qui ne sont soulagés que par la ponction de la tumeur. Bazin, dans un cas, a observé des vomissements de matière stercorale (1).

3. La soif, peu vive d'habitude (2), s'est parfois montrée ardente (3).

4. A s'en rapporter à Neumann (4), c'est lorsque la tumeur n'a encore qu'un volume moyen que le système nerveux est assez souvent affecté et qu'on observe des spasmes œsophagiens, des attaques hystériformes, de l'irritabilité, de la mélancolie. Des symptômes d'hystérie peuvent parfois faire présumer plus positivement qu'il s'agit d'une maladie de l'ovaire (5).

Ch. West (6) a noté une fois comme premier symptôme, l'évanouissement subit accompagné de phénomènes ressemblant à ceux de la grossesse.

5. En général, dirons-nous avec Baker-Brown, le principal malaise ressenti avant que la tumeur ait atteint un très-grand volume, c'est la sensation de l'obstacle mécanique qu'elle cause, son poids, d'où résultent des douleurs dans les reins, de la plénitude et de la douleur dans le dos, puis accidentellement de la difficulté dans l'accomplissement de certaines fonctions, laquelle survient d'emblée ou par sympathie.

6. Tout au début, dit Becquerel (7), le kyste peut être placé de manière à comprimer soit le rectum ou la vessie, dont il trouble ainsi les fonctions, soit quelques filets nerveux d'où naissent des accidents qui attirent l'attention et mettent le médecin sur la voie.

III. *Menstruation.* — 1. Les troubles menstruels n'ont pas grande valeur : ils se montrent fréquemment en dehors de toute altération de l'ovaire malgré que Neumann (8) s'appuyât surtout sur les dérangements de la menstruation pour diagnostiquer l'invasion de la tumeur ovarique.

(1) A. J. DESORMEAUX. *Du traitement des kystes de l'ovaire*. Thèse. Paris 1853, p. 4.
(2) Obs. de MARTINEAU déjà citée.
(3) JOERDENS, *loc. cit.*
(4) *Loc cit.*, p. 409.
(5) BAADER, DELPECH, HANS SLOANE, PULTENEY in BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*, II, 235.
(6) *Loc. cit.*, p. 622.
(7) *Loc. cit.* II, 233.
(8) *Spec. pathol. med. thérap.*, vol. II, § 415, p. 635.

Nous avons déjà vu quelle importance Burns accordait à la douleur de la région ovarique ou utérine pendant la période menstruelle, surtout lorsqu'elle diffère de celle à laquelle les femmes sont accoutumées (1).

2. Les menstrues se suppriment souvent (2), mais d'après Logger (3) cela n'arriverait que lorsque la maladie a fait des progrès considérables. D'autres (4) attribuent cette suppression à la réaction du mal sur tout le système génital. Quelques-uns lui donnent comme cause, une abondante évacuation de la sérosité que contient le kyste. Pour Kiwisch, il faudrait, dans le cas de suppression menstruelle, admettre l'existence de kystes composés, ce qui donnerait à ce symptôme une certaine valeur diagnostique et pronostique (5). Les auteurs du *Compendium* établissent que la rareté et la suppression des règles ne s'observent qu'à la fin de la maladie, à une époque où la menstruation et la conception ne peuvent plus avoir lieu (6).

3. La suppression menstruelle du début est grave en ce sens qu'elle serait l'indice du cancer des deux ovaires (7).

Pour certains auteurs, on observerait fréquemment au début une menstruation plus abondante, plus rapprochée; des métrorrhagies abondantes, rebelles et souvent aussi plusieurs fausses couches (8).

Richter, au contraire (9) croyait que les règles coulent peu et que le plus souvent elles se suppriment dès le début.

4. Si les deux ovaires sont le siége de kystes, une portion de l'un de ces organes suffit pour la fonction. Dans une observation d'Aran (10), bien que les deux ovaires fussent transformés en kystes uni et multiloculaire,

(1) *Principles of midwifery*, p. 148.
(2) Boivin et Dugès, II, 235, Edit. belge.
(3) *Loc. cit.*
(4) Gayet. *Obs. d'ovariot. Gaz. hebdom.*, 1865, p. 484.
(5) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 24.
(6) *Loc. cit.*, III, 626. Bruxelles.
(7) Courty, *Mal. de l'utér.*, 931.
(8) Hervez de Chégoin. Trückmuller. *Règles abondantes, métrorrhagies à la suite de fausses couches, puis développement de tumeur ovarique*, d'après Meadows. — Martineau in *Philos. Trans.*, vol. LXXIV. — Voir a. : *Merkw. Krankh. gesch.*, vol. I,160. Paetsch. *Casper's Wochenschr.*, 1835, nos 21 et 22.
(9) *Loc. cit.*, p. 128.
(10) *Loc. cit.*, p. 1055.

qu'il ne restât plus trace de stroma de l'organe, la menstruation demeura régulière et normale jusqu'à la mort, survenue en quelques heures par perforation. On ne doit donc pas admettre l'exclusivisme de Seymour (1) qui prétend que la menstruation manque constamment quand les deux ovaires sont malades, et qu'elle est irrégulière ou même nulle lorsqu'un seul de ces organes est affecté.

5. On a vu la menstruation rester normale pendant toute la durée de la maladie (2).

6. En résumé, donc pendant la durée d'un kyste de l'ovaire, la menstruation peut rester régulière, offrir des irrégularités : il peut y avoir aussi métrorrhagie, dysménorrhée ou aménorrhée. Sur les 645 observations qui font la base du travail de Negroni (3) :

La menstruation fut très-régulière 60 fois.
» » » troublée 36 fois.

Chez les 94 malades de Ch. West (*loc. cit.*, p. 624) :

7 fois la menstruation avait cessé avant le commencement de la maladie.
2 fois la maladie commença pendant la grossesse.
29 fois la menstruation ne fut pas troublée.

Dans les 56 autres cas :

1 fois la menstruation fut douloureuse.
9 fois la menstruation fut profuse.
5 fois la menstruation fut en avance.
10 fois la menstruation fut régulière et dans 5 de ces cas ce fut le premier symptôme de la maladie.
3 fois la menstruation fut retardée (premier symptôme : 1 fois).
6 fois la menstruation fut rare.
22 fois la menstruation fut supprimée (premier symptôme 6 fois).

L'irrégularité et la suppression des règles constituent le symptôme le plus commun pour cette fonction, leur fréquence ou leur absence sont très-

(1) *Loc. cit.*, p 49.
(2) Morgagni, Neumann, André Lizars (*Obs. sur l'extirp. de l'ov. mal.*, 1866). Ring. *Edinb. Med. Comm.* vol. VIII, cah. 1, p. 21. Berthold. *Allgem, med. Zeit.*, 1834, n° 43. Osiander. *Neue Denkwürdigk.*, vol. II, 1799, 186.
(3) Thèse citée.

rares : il y a quelquefois métrorrhagie, de sorte que l'état de la menstruation ne peut guère servir au diagnostic différentiel des maladies de l'utérus ou de l'ovaire.

7. La grossesse peut survenir chez des malades portant des tumeurs grosses comme une tête d'adulte, tandis que parfois il y a stérilité avec un kyste gros comme un œuf de poule : P. Franck, Douglas ont vu engrosser et accoucher une ou plusieurs fois sans accident; Gardanne cité par Gardien (1) a vu cinq accouchements s'effectuer chez une femme dans ces conditions, tandis que P. Franck (2) a observé le fait dans des cas où les deux ovaires étaient malades de la même affection, ou de lésions différentes (3).

Nous nous réservons d'ailleurs d'examiner dans un chapitre à part, l'influence des tumeurs ovariques sur la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral.

8. Dans la grossesse extra-utérine (4) la suppression des règles serait de rigueur, d'après Ramsbotham qui, sur 18 cas, l'a constaté 18 fois.

Routh, sur 28 cas, a observé 7 fois une suppression complète.

17 fois une suppression complète au début (1 à 3 mois) puis hémorrhagie abondante.

2 fois retour normal des règles.

2 fois suintement sanguinolent continuel sans importance. — D'après cet auteur, ces phénomènes tiennent à la présence de la membrane caduque : il y a suppression menstruelle tant qu'elle reste adhérente, et il y a écoulement sanguin plus ou moins abondant quand elle s'est détachée, ce qui est très-rare, d'après d'autres observateurs.

9. Lee (5) considère l'écoulement muqueux comme caractéristique d'une grossesse extra-utérine.

IV. *Phénomènes de compression.* — 1. Du côté de la vessie, comme

(1) *Accouchements*, I, 458. Paris, 1824.

(2) *Loc. cit.*, p. 364.

(3) Voir a. CHURCHILL, *loc. cit.*, p. 610. THOMAS HEWLETT. *Case of extensive Ovarian disease complicated with pregnancy. Med. chir. Trans.* Lond., 1832, XVII, 226. HAMILTON. *Pract. obs.* Edinb., 1836, part. 1, p. 71. SCANZONI. *Traité d'accouch.* Vienne 1855, p. 543.

(4) Thèse de CATERNAULT.

(5) *Med. chir. Trans.*, vol. XL.

nous l'avons déjà vu précédemment, on peut observer de la dysurie, de la strangurie, du ténesme, de la rétention ou de l'incontinence d'urine.

En rapport immédiat avec la tumeur par le péritoine et l'utérus, la vessie est attirée toujours plus haut, d'où besoin fréquent d'uriner. Sa dilatation est empêchée par la compression qu'exerce sur elle la tumeur d'avant en arrière. — Sa partie inférieure est quelquefois comprimée au point d'empêcher l'urine de couler des urétères, d'où leur dilatation et celle du bassinet (1). La rétention d'urine ou la miction difficile ont été notées dix fois sur les 94 malades de Ch. West (*loc. cit.* p. 623).

Une remarque faite par Arnauld (2) et que rapporte Garengeot, c'est que « pour reconnaître le siége d'une hydropisie, il faut voir si l'urine est en juste quantité comme dans l'état naturel, auquel cas il y a apparence que l'eau est enfermée dans un sac particulier. »

2. Quand la tumeur presse sur le *vagin* et l'*utérus*, le coït peut être douloureux (3) ou gêné; l'écoulement des menstrues difficile ou impossible par l'aplatissement du canal vaginal (4). Quelquefois la malade éprouve la sensation d'un corps qui tendrait à sortir par la vulve (5).

Quand l'utérus est porté en haut et en avant avec rétrécissement consécutif du vagin, on trouve l'ouverture utérine plus haut, plus dilatée et le col plus court.

3. La compression des *intestins* et spécialement de l'S iliaque du côlon et celle du rectum provoque de la constipation, ou de la constipation et de la diarrhée alternatives, suivant que la compression amène de la congestion ou de l'irritation consécutives.

L'obstacle parfois insurmontable apporté à la circulation des matières fécales par le rétrécissement du rectum, donne lieu quelquefois à un météorisme douloureux, à des vomissements perpétuels et même à l'iléus (6) :

(1) Voir *Sympt. anat. pathol. du voisinage*.
(2) Voir Garengeot, t. 1, 240.
(3) Osiander. *Neue Denkwürd.*, vol. II, 1799, p. 186.
(4) Hip. Bourdon, *loc. cit.*
(5) Obs. 1. Service de Récamier in Hip. Bourdon, *loc. cit.*
(6) Scanzoni. *Mal. de l'utér.*, etc., p. 365.

dans d'autres circonstances enfin, les selles sont aplaties, rubanées (1), la sécrétion biliaire peut se trouver ralentie par le même obstacle et il peut se produire une véritable congestion du foie.

4. Les *vaisseaux intra-abdominaux* comprimés développent la dilatation des veines abdominales superficielles, l'œdème de la vulve, surtout des grandes lèvres (2), l'engourdissement (3) ou l'œdème plus ou moins considérable et parfois intermittent (4) du membre inférieur, l'œdème des parois abdominales (rare), l'ascite (plus rare encore) (5) ou enfin des tumeurs hémorrhoïdales (6).

La gêne circulatoire amène parfois la coloration lie de vin du vagin que Moreau considérait comme signe de grossesse.

5. Quand la tumeur en grandissant passe dans la cavité abdominale, les symptômes de compression des organes du bassin cessent, à moins qu'une partie de la tumeur ne reste à se développer dans le bassin, ce qui n'est pas rare : alors tous les symptômes augmentent au point de devenir insupportables.

6. Les kystes simples, *extra-ovariques, des ligaments larges* provenant des débris d'un des corps de Wolff, atteignent rarement plus que le volume d'une orange et ne se révèlent par aucun symptôme : ils sont plus connus des anatomistes que des médecins. Ch. West cependant rapporte un cas (*loc. cit.*, p. 604) d'une tumeur plus petite que la tête d'un fœtus observée chez une femme de 50 ans qu'il traita pendant huit ans; la tumeur n'augmenta pas pendant tout ce temps et disparut tout à coup par rupture de ses parois et résorption de son contenu dans le péritoine. Très-mobile et flottante, tantôt elle remontait au-dessus du détroit supérieur et

(1) Hip. Bourdon, *loc. cit.*

(2) Ainsi que nous en avons observé un cas très-remarquable avec le docteur Desneux, de Couillet, chez une jeune fille de 16 ans, vierge, non réglée et porteur d'une tumeur ovarique grosse comme un utérus gravide à neuf mois, que nous ponctionnâmes en avril 1869 : la tumeur se reproduisit rapidement, la jeune fille se refusa à une opération plus radicale et mourut en très-peu de temps (en mai) entre les mains d'un charlatan.

(3) Weiglein. *Anthol. méd.*, février 1834.

(4) Van Swieten. *Comment. ad* § 1225. Osiander, *loc. cit.*, II, 1799, 186.

(5) Bühring. *Die Heilung der Eierstockgeswülts*. Berlin, 1848, p. 61.

(6) *Comp. de méd. prat.*, III, 626. Bruxelles.

tantôt descendait plus ou moins bas dans le bassin, où elle produisait des malaises variés par sa pression sur les organes pelviens, et entr'autres de la difficulté d'uriner.

V. *Santé générale.* — 1. Quand la tumeur est fort développée, les mouvements deviennent difficiles, empêchent la malade de travailler; toute position devient impossible à tenir. Les malades presque toujours sont tristes, découragées, mélancoliques (1). La gêne mécanique des organes amène le trouble dans l'accomplissement de leurs fonctions; c'est ainsi que le rétrécissement progressif de la cage thoracique, la compression de l'estomac, du canal intestinal, par leur influence nuisible sur l'hématose, provoquent l'hydrémie et à sa suite l'infiltration qui peut même gagner le thorax et amener l'œdème aigu des poumons : par là aussi s'expliquent les troubles digestifs (vomissements, diarrhée, amaigrissement) et circulatoires (pouls petit, fréquent, syncopes, congestion vers la tête, étourdissements, palpitations, dyspnée) (2). D'un autre côté, l'assimilation détournée au profit du parasite pour les besoins de son accroissement et de sa sécrétion, détermine dans l'aspect général de la malade ce cachet indéfinissable, caractéristique surtout dans la physionomie, que Spencer-Wells a décrit d'une façon saisissante sous le nom de *Facies ovarien.* Nous croyons devoir donner la traduction des principaux traits de cette peinture prise sur nature :

« Face pale, émaciée, exprimant une souffrance anxieuse; lèvres allongées, serrées; angles de la bouche déprimés, sillons qui les limitent plus profondément accusés; narines largement ouvertes, nez effilé, mâchoires saillantes, yeux enfoncés, front ridé. Ces signes n'indiquent pas seulement une perte de substance adipeuse sur les os et les muscles, qui paraissent comme disséqués, mais aussi que la patiente a à porter une lourde charge et à la porter dans une situation qui met obstacle à la respiration et entrave la libre action du diaphragme, car la tumeur, en s'accroissant du côté de la cavité thoracique, déplace les deux poumons et le cœur et enraie leurs fonctions » (3). (V. pl. VI, fig. 1.)

(1) Richter, *loc. cit.*, p. 128.
(2) Neumann, Douglas, *loc. cit.*
(3) *The Med. Times and Gaz.*, 1862, Juillet 20, p. 75. *Clin. Rem. on Sev. Cases of ovariotomy*, etc., by T. Sp. Wells.

2. L'amaigrissement du cou, des épaules, a quelque chose de caractéristique d'après Baker-Brown (1). Il fait également remarquer que ces malades à teint pâle n'ont pas néanmoins l'aspect plombé ou la couleur blême de parchemin, que l'on rencontre dans les affections malignes.

3. Quand la marche de la tumeur est lente, les fonctions n'éprouvent pendant assez longtemps aucune altération apparente : si elle est rapide au contraire, l'urine devient peu abondante, la peau sèche et l'amaigrissement se prononce vite (2).

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES OBJECTIFS OU DIAGNOSTIC DIRECT.

1. Tant que le kyste n'a pas excédé 1 pouce à 1 1/2 pouce de diamètre, dit Piorry (3), il n'y a pas de trouble dans les fonctions et le diagnostic est impossible par les moyens ordinaires; la tumeur n'est reconnue qu'après la mort.

2. Le kyste de l'ovaire est une affection à marche continue et toutes choses égales d'ailleurs, plus la tumeur est volumineuse, plus le diagnostic est difficile.

3. Trois symptômes, d'après Blundell (4), sont caractéristiques de l'hydropisie enkystée de l'ovaire :

1° Tumeur dans le bassin avec vagin en avant, rectum en arrière.

2° Fluctuation plus ou moins appréciable.

3 Réunion de symptômes plus nombreux dans quelques cas et moins dans d'autres, mais la plupart attribuables à l'irritation, l'obstruction et la compression des viscères du bassin.

4. Nous verrons, en procédant au diagnostic direct, mais surtout en nous occupant du diagnostic différentiel, jusqu'à quel point on peut se

(1) In LABALBARY, *Signes généraux*, p. 35 : thèse citée.
(2) *Dict. de méd.* en 21 vol. Kyste, p. 534.
(3) *Traité du Diagnostic*, II, 566.
(4) *Diseases of women.*

baser sur ces criteria pour arriver à la certitude de l'existence d'un kyste ovarique.

5. Nous distinguerons la tumeur d'après son volume, car ce sont surtout ses dimensions qui font varier les symptômes.

ARTICLE PREMIER. — TUMEUR COMME UN OEUF DE POULE.

1. Avant de procéder à l'examen de la malade, il est toujours prudent de faire vider l'intestin et la vessie, comme le recommande Baker-Brown : on évite ainsi de tomber dans plusieurs causes d'erreur qui peuvent être fort préjudiciables.

Ch. West (*loc. cit.* p. 51) est encore plus rigoureux : il recommande de tenir la malade au lit pendant les vingt-quatre heures qui précèdent l'examen, et l'usage d'un bandage compressif lorsque l'abdomen est considérablement distendu : on diminue ainsi beaucoup la sensibilité du ventre et on en réduit les dimensions. C'est ainsi que le gynécologiste anglais prétend que la mensuration de l'abdomen pratiquée dans l'après-midi, donne souvent plus d'un pouce et demi de différence d'avec celle de l'avant midi, chez les personnes qui suivent le train de vie habituel.

2. *Palpation.* — Quand les parois abdominales sont peu résistantes, le tissu adipeux peu développé ; dans l'une ou l'autre des régions latérales et inférieure de l'abdomen et se rapprochant d'ailleurs de la ligne médiane au fur et à mesure qu'elle se développe, on trouve une tumeur circonscrite, arrondie, parfois légèrement allongée, ne présentant ni saillie ni enfoncement, ordinairement indolente (sauf lorsqu'il y a péritonite), rarement fluctuante, extrêmement mobile au point de disparaître et ne plus être perceptible à une seconde exploration : l'extrémité mobile permet parfois de la saisir et de la déplacer de 2 à 5 centimètres à droite ou à gauche.

Pour bien palper, la malade doit être couchée sur le dos et fortement courbée en arrière (1) : on peut ainsi parvenir à limiter une tumeur de la grosseur d'une noix à celle du poing, ordinairement lisse, arrondie, mobile, se prolongeant vers le bassin et non adhérente à la fosse iliaque, ni à

(1) NEUMANN, cité par les auteurs du *Comp. de méd. prat.*, III, 626, Bruxelles.

l'utérus, d'un poids peu considérable en égard à son volume, indolente : la fluctuation est impossible à constater à cette époque.

3. *Toucher.* — *a*) *Toucher vaginal :* Au travers du cul-de-sac vaginal, plus rarement sur les côtés, on trouve une petite masse : élastique et pâteuse si le contenu est liquide, dure et résistante au contraire s'il est solide; assez fixe, sauf lorsqu'il est possible de la déplacer en procédant en même temps à la palpation à travers la paroi abdominale. En ménageant les oscillations qu'on imprime à la tumeur pendant cette double exploration, on s'assure que les ébranlements ne sont pas transmis à l'utérus.

Le cul-de-sac vaginal est souvent très-distendu, surtout dans la partie qui recouvre la tumeur.

Lorsque, par le toucher vaginal, on ne rencontre aucune résistance anormale dans le bassin, il ne s'ensuit pas absolument que l'excavation ne contient pas de tumeur, comme le prouve l'observation première de Kœberlé (1).

La sonde utérine peut servir à reconnaître la déviation, si cela paraît nécessaire à constater.

b) *Toucher rectal.* Sans l'examen rectal, dit Lowenhardt (2), il serait extrêmement difficile de baser un diagnostic certain des affections de l'ovaire. Lorsque, comme c'est assez fréquent, la tumeur est très-mobile, le toucher rectal permet mieux de la retrouver et fait alors constater la présence d'une petite tumeur le plus souvent douloureuse sur l'un des côtés de la matrice. Elle peut même acquérir un volume relativement considérable en demeurant dans la cavité pelvienne et ne se trouver accessible que par le toucher rectal ou vaginal.

Quand au début, dit Baker-Brown (3), l'exploration rectale et vaginale montre une tumeur élastique dans le cul-de-sac recto-vaginal, située très-bas, fluctuante, sans aucun symptôme de hernie ou de prolapsus ovariques,

(1) *Opér. d'ovariotomie.*

(2) *Diagnostisch. praktische Abhandl. aus dem Gebiete der Med. und Chir., u. z. w.*, 1835, in-8°. Chéreau, fils, *Journ. des connaiss. méd. chir.*, août, 1843. *Écoulement par le vagin de pus provenant probablement d'un abcès froid de l'ovaire. Enc. des sc. méd.*, 1845, vol. 133, p. 130.

(3) *De l'hydropisie*, etc., chap. IV.

on peut être certain qu'il y a kyste, et par l'expectation cette conviction s'affermit par le développement progressif de la tumeur.

4. Pour obtenir du toucher tout ce qu'on est en droit d'en demander, il faut, d'après Récamier (1) se placer du côté de la malade vers lequel s'incline la tumeur et se servir de l'index de la main correspondant à ce côté : on comprime l'hypogastre de haut en bas avec l'autre main. — La main qui doit servir de toucher est passée en dessous de la cuisse de la femme et non au-dessus, comme on le fait généralement : on obtient ainsi plus d'aisance et de facilité.

Quand la tumeur est placée au-dessus du canal vaginal, pour l'atteindre avec l'extrémité du doigt, on refoule supérieurement le cul-de-sac vaginal qui entoure le col utérin; on soulève le périnée avec les trois derniers doigts fléchis : on introduit aussi le médius, ce qui donne un centimètre de plus de longueur.

En combinant le toucher vaginal avec le toucher rectal, on constate l'épaisseur ou le diamètre antéro-postérieur de la tumeur et la position exacte, ainsi que le volume de la matrice qu'on tient ainsi entre les doigts.

Quand la tumeur est assez bas dans le vagin, on peut, en touchant avec l'index et le médius réunis, constater la fluctuation en séparant les deux doigts et percutant avec l'un tandis que l'autre est appuyé sur la tumeur à une certaine distance.

Quand la tumeur se trouve dans la cloison recto-vaginale, comme c'est le cas le plus fréquent, on introduit l'indicateur dans le rectum et le pouce de la même main dans le vagin ; on refoule le périnée avec le premier espace interdigital aussi haut que possible et on embrasse ainsi la tumeur dans toute sa partie accessible : alors on percute alternativement avec un des doigts, tandis que l'autre restant appliqué sur un point opposé de la tumeur, reçoit le choc du liquide : pendant cette exploration il faut avoir soin d'exercer la compression hypogastrique.

5. Ce procédé du double toucher est vivement recommandé par Baker-Brown (2) et ce moyen de diagnostic, sur lequel Récamier a tant insisté et

(1) Hip. Bourdon, *loc. cit. Rev. méd.*, juillet, 1840.
(2) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 34.

avec raison, se trouve parfaitement indiqué dans Richter (1) qui le donne d'après Franck.

ARTICLE DEUXIÈME. — TUMEUR GROSSE COMME UNE TÊTE D'ADULTE OU UN UTÉRUS GRAVIDE.

1. *Forme du ventre.* — A moins qu'il n'y ait des adhérences qui le retiennent et le fassent se développer principalement d'un côté, le kyste se trouve ordinairement sur la ligne médiane comme l'utérus gravide, mais moins incliné à droite cependant (2).

La tumeur se montre d'abord dans la région iliaque à l'angle de réunion de la branche horizontale du pubis et de la crête de l'os des îles au-dessus du ligament de Poupart, et se place peu à peu sur la ligne médiane de l'abdomen qu'elle soulève en formant intumescence plus ou moins considérable, circonscrite, globuleuse, unie, quelquefois bosselée, le plus souvent étendue en long, parfois plus en travers, quelquefois assez mobile pour être déplacée ou même être perçue par les déplacements que lui communiquent les mouvements de la malade. Lorsqu'elle est immobile, c'est que des adhérences existent entre son enveloppe péritonéale et la paroi antérieure de l'abdomen. La tumeur peut, en se développant, arriver jusqu'à l'ombilic sans que la malade se soit doutée de son mal, lorsque le développement a été uniforme et que le volume est celui d'une grossesse avancée.

2. *Palpation.* — On détermine le volume, les limites et la forme de la tumeur ; on constate sa mobilité en tout ou en partie par diverses attitudes ou mouvements communiqués, en la portant du côté où elle a pris

(1) *Loc. cit.* Voici au reste ce passage : « Auch kann man in der Knieen den oder Rücklage einen « Finger in die Mutterscheide sowohl als in den Mastdarm einbringen, und mit demselben den « Anfang der Geschwülst nach unten, oben und nach den Seiten hin erforschen, dabei mit der « andern flachen Hand an diejenige Stelle des Unterleibes anschlagen, an der die Geschwülst am « beteutendsten ist, und so suchen in diesen einige Fluctuation zü entdecken. »

(2) COURTY. *Loc. cit.*, p. 934.

Selon BOINET (*Diagn. différentiel*, etc., in *Gaz. hebd.*, 1860, p. 7), le ventre serait souvent plus saillant d'un côté que de l'autre.

naissance, ce qui est souvent possible chez les femmes à ventre lâche; mais généralement la tumeur est bien tendue, rarement dépressible, molle. Chez les jeunes filles et chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, la peau abdominale est plus résistante, tendue, de manière que le paquet intestinal est refoulé tout entier du côté opposé à la tumeur et l'abdomen est uniformément tendu : la tumeur ne se laisse pas déplacer et la percussion vient alors indiquer où est la sonorité (1).

Pour obtenir le relâchement des parois abdominales, la malade doit être couchée sur un lit, les membres inférieurs légèrement fléchis et la tête un peu inclinée sur le tronc : il faut attirer l'attention de la malade sans provoquer de réponse, pendant qu'on examine le ventre (2).

La différence de consistance, de dureté fait reconnaître les kystes composés.

La forme des tumeurs ovariques est ordinairement semi-circulaire. Brechtfeld (3) regarde cette forme comme élément de diagnostic, mais comme l'a fait remarquer Munikius cité par Gendrin (4), on ne la rencontre que lorsque la tumeur est composée d'un grand nombre de vésicules, qu'elle est comme une exagération de la forme de l'ovaire.

Quelquefois deux à trois tumeurs paraissent indépendantes et appartenir à des organes différents, mais en réalité ce sont les lobes d'un même kyste.

Si les deux ovaires sont malades de la même altération ou de lésions différentes, les deux tumeurs sont perceptibles isolément jusqu'à ce que l'accroissement de leur volume les réunisse et les confonde au point de paraître n'en former plus qu'une seule. D'après Valleix cependant (5), quand il y a hydropisie double, jamais les deux kystes n'ont le même volume et la palpation aidée de la percussion les font reconnaître; c'est ce qu'établit également Rokitanski (6) : « Ordinairement, dit-il, l'un des ovaires est

(1) Boinet. *Diagnostic différentiel*, etc., in *Gaz. hebd.*, 1860, 7.
(2) *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, I, 75.
(3) *Dissert. sur les hydrop. de l'ovaire*. Bâle.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1840, n° 44.
(5) Cité par Becquerel, *loc. cit.*, II, 236.
(6) *Handb. der pathol. Anat.*, III, Bd Wien, 1842, S. 397.

moins malade que l'autre, de façon qu'il est déprimé et abaissé par l'autre tumeur plus considérable et devient ainsi accessible au doigt explorateur qui peut les distinguer. »

3. Le docteur Fournet (1) a étudié soigneusement un moyen d'exploration peu employé, mais qu'il a le tort cependant de prétendre décrire le premier (2) : il s'agit du *ballottement*. C'est un moyen qui, d'après l'auteur, est applicable au diagnostic des tumeurs mobiles, suspendues au milieu d'un liquide, dans une cavité à parois molles. En poussant l'une contre l'autre la paroi et la tumeur, on reçoit un choc et on provoque avec la main plusieurs chocs successifs qui servent à faire juger :

1° La forme extérieure.

2° Le volume.

3° La densité et par suite l'état organique de la tumeur.

On peut exécuter le ballottement :

1° A une main : les parois abdominales étant dans le relâchement, deux à trois doigts réunis sont appliqués par leur face palmaire sur le point abdominal à explorer : on déprime brusquement : la main reçoit un choc et sent un corps qui s'échappe puis retombe sur la paroi abdominale maintenue déprimée en reproduisant de dedans en dehors, mais moins fort, le choc qu'on avait produit de dehors en dedans.

2° A deux mains : appliquées aux deux extrémités d'une ligne dans laquelle l'organe malade se trouve compris et suspendu, les deux mains se le renvoient mutuellement pour en recevoir le choc.

Le ballottement signale-t-il dans la région antérieure et latérale inférieure de l'abdomen une tumeur à surface convexe et lisse, très-mobile, suivant une ligne dont l'extrémité adhérente, centre des mouvements, se dirige vers l'un des côtés du bassin, dont le choc est net et sans dureté, qui fuit rapidement et retombe bientôt en produisant du choc en retour de même nature que le précédent, que le ballottement à deux mains repousse

(1) *Du ballottement considéré comme moyen de diagnostic des tumeurs abdominales.— Rev. méd.*, juin 1840. — *Encyclogr. des sc. méd.*, 4e série, III, septembre 1840, p. 95.

(2) J. P. Franck. *De curand. homin. morb. epit.*, etc., § 746, rapporté par Richter, *loc. cit.*, p. 129.

alternativement comme le serait un ballon pesant retenu par en bas; *il y a hydropisie enkystée de l'ovaire.*

4. *Percussion.* — Matité dans toute l'étendue de la tumeur, ne changeant pas de place sensiblement dans les déplacements qu'on fait subir à la malade.

Il est bon, dans la percussion immédiate, d'ajouter l'interposition de la main d'un aide placée de champ sur la tumeur pour constater si cette pression arrête ou non le flot du liquide (1).

Sonorité partout où se refoulent les intestins.

La complication d'ascite dont le liquide libre descend vers la région des lombes, modifie les résultats fournis par la percussion.

Quelquefois des anses intestinales adhérentes à la paroi abdominale antérieure, par suite d'inflammation ou par toute autre cause, s'interposent en siégeant au-devant de la tumeur (2).

Certaines parties de la tumeur peuvent aussi donner un son tympanique :

1° Lorsqu'une partie d'intestin, demeurée devant la tumeur et étranglée, comprimée par elle, se dilate et s'emplit de gaz au-dessus du point rétréci.

2° Lorsqu'il y a putréfaction et décomposition du contenu du kyste (3).

3° Enfin lorsqu'il y a communication du kyste avec le canal intestinal (4).

5. *Fluctuation.* — Nette et franche, cloisonnée ou générale (d'un pôle à l'autre de la tumeur); elle peut être obscure ou nulle lorsque le liquide est albumineux, qu'il y a d'autres matières grasses : parfois la tumeur est dure comme une pierre (5).

Souvent la fluctuation n'est constatable que par le vagin ou le rectum : Richter déjà faisait observer (6) que lorsque la tumeur a acquis un grand

(1) *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. I, p. 75.

(2) Ainsi que nous l'avons vu en nous occupant des rapports de la tumeur kystique avec les organes voisins (*Symptômes anatomo-pathologiques de voisinage*).

(3) Voir *Contenu des kystes*.

(4) V. *ibid.*

(5) Neumann, cité par les auteurs du *Comp. de méd.*, III, 626. Bruxelles.

(6) *Loc. cit.*, p. 127.

développement, la fluctuation n'est jamais bien évidente : les parois du kyste sont trop épaissies et trop tendues. Neumann, au contraire (1), regardait ce phénomène comme toujours très-sensible, ce qui évidemment est une erreur. Cette particularité d'une fluctuation difficile à obtenir ne doit pas faire admettre l'existence du kyste gélatineux, car Nélaton a démontré que cette sorte de tumeur est au contraire facilement fluctuante. La difficulté pour obtenir le choc caractéristique de la fluctuation peut tenir à un épaississement de la paroi kystique et des parois abdominales, comme l'avait déjà établi Richter, ainsi que nous venons de le voir : en pareil cas on doit, comme le recommande Gosselin (2), appliquer les deux mains sur la tumeur et pressant un certain temps avec l'une d'elles, on obtient avec l'autre main une sensation de flot très-prononcée que la pichenette ou la percussion rapide n'ont pu faire obtenir.

6. *Toucher.* — *a*) *Vaginal :* Col abaissé, quelquefois prolapsus complet. On ne sent plus qu'un point résistant plus ou moins étendu dans le cul-de-sac vaginal.

Quand le kyste est considérable, on peut percevoir avec un doigt la fluctuation imprimée par l'autre main à la paroi abdominale.

b) *Rectal :* Col vaginal en même situation, ou plus élevé, ou inaccessible lorsque la tumeur s'est dirigée vers la cavité abdominale.

7. Le toucher vaginal et rectal combinés à la palpation et à la percussion permettent d'apprécier la déviation, les déplacements et enfin la mobilité de l'utérus. On peut quelquefois de cette façon constater la forme, la consistance et la fluctuation de la tumeur.

ARTICLE TROISIÈME. — TUMEUR PLUS GROSSE QUE L'UTÉRUS GRAVIDE A TERME. (Pl. VI, fig. 2.)

1. Éraillement des parois abdominales : peau brillante, nacrée, translucide; veines sous-cutanées dilatées; sugillations nombreuses en forme de cicatrices dues à des ruptures effectuées dans le réseau capillaire de Malpighi.

(1) *Spec. path. med. therap.*, vol. II, § 476, p. 751.
(2) *Leç. clin. de la Charité. Gaz. des hôp.*, 1869, n° 98, p. 385.

Dilatation abdominale irrégulière, mamelonnée, sillonnée, bosselée Cette forme inégale ou lobuleuse du ventre indique, outre le volume considérable de la tumeur, qu'il y a :

1° Ou complication de squirrhe.

2° Ou maladie des deux ovaires à la fois, ce qui est rare, du moins au même degré.

3° Ou enfin qu'il y a plusieurs kystes dans le même ovaire, ce qui est plus commun que le contraire, et ce que dénote du reste le volume considérable de la tumeur (1).

Quand la tumeur est ainsi fort considérable, elle ne se déplace plus par le décubitus, ce qui tient aux adhérences qu'elle a alors presque toujours contractées (2).

2. *Fluctuation* très-sensible, même générale, quoique les kystes soient composés et séparés par des cloisons fort épaisses. — L'ascite qui complique fréquemment ces cas de kystes volumineux, favorise aussi la fluctuation. — Il peut arriver cependant que la distension du kyste soit telle que la fluctuation est nulle et qu'on croit avoir affaire à une tumeur solide comme dans le fait du service de Piorry (3).

3. C'est avec peine qu'on parvient à constater quelque peu de tympanite vers les hypocondres.

4. *Auscultation.* — Bruit de souffle intermittent, analogue au souffle placentaire et que Bouillaud attribue à la pression exercée sur les artères, ou, d'après Valleix (4), dû à la compression de l'aorte. Kiwisch l'a mis en doute et Scanzoni (5) ne l'a jamais entendu que dans les tumeurs solides, composées, fortement vasculaires.

Le *bruit de frottement*, perceptible sur quelques points de la paroi antérieure de l'abdomen quand le malade respire ou change de position, est dû aux aspérités de la paroi abdominale et de la surface de la tumeur, produites

(1) Boivin et Dugès, II, 217, Brux., *loc. cit.*
(2) Cazeaux. Thèse citée, p. 99.
(3) Laskowski. Thèse citée, p. 20.
(4) In Becquerel, *loc. cit.*, II, 240.
(5) *Loc. cit.*, p. 375.

par des exsudations ou les adhérences plus ou moins nombreuses qui se sont établies entre la paroi abdominale et le kyste, ce qui est plus fréquemment le cas. La main peut quelquefois percevoir ce bruit lorsqu'il est intense.

5. Parfois on constate le *bruit de glou glou* lorsqu'il y a cavité très-vaste remplie de liquide et qu'on emploie simultanément l'auscultation et la percussion.

TITRE QUATRIÈME. — MARCHE DES KYSTES DE L'OVAIRE.

> « L'hydropisie de l'ovaire est remarquable surtout par la lenteur de sa marche et par sa durée qui peut être très-longue...... »
>
> (BOYER. *Traité des mal. chirurg.* Bruxelles, 1828, t. IV, p. 447.)

1. La marche de l'hydropisie enkystée de l'ovaire est généralement lente, régulièrement progressive. L'augmentation de volume s'effectue parfois aussi par accès jusqu'au moment où l'intervention devient nécessaire. Quand le kyste offre un volume moindre qu'une tête d'adulte, ce n'est qu'exceptionnellement qu'il peut diminuer, mais dans tous les cas il ne disparaît pas complètement et inquiète la malade toute sa vie (1).

On observe parfois une remarquable tension de la tumeur, au point de rendre la fluctuation des plus obscures et d'autres fois elle devient d'une flaccidité telle qu'il est difficile de la distinguer de l'ascite (2).

Lorsqu'il y a augmentation brusque du volume de la tumeur, elle est bien certainement due à une rapide effusion de liquide dans la cavité et non au processus normal du développement kystique.

2. La marche des kystes est beaucoup plus rapide chez les jeunes femmes où l'affection est par conséquent plus grave (3). Plus la femme se rapproche de la ménopause, dit Aran (4), et plus on est en droit d'espérer que le repos de l'organe s'étendra à la tumeur elle-même. Chez les femmes âgées, la marche du kyste est lente et sa durée fort longue : des femmes ont

(1) CH. WEST, *loc. cit.*, p. 605.
(2) CRUVEILHIER, *Anath. path.* III, 400.
(3) BOINET. *Mal. des ovaires*, p. 218.
(4) *Loc. cit.*, p. 1070.

porté de ces tumeurs pendant 30 à 40 ans ; d'autres ont pu vivre jusqu'à 84 ans et plus (1).

3. Les kystes composés se développent d'ordinaire beaucoup plus rapidement : il en est cependant qui peuvent rester stationnaires sans provoquer de désordre dans les organes voisins (2).

4. Chez certaines femmes, dit Velpeau (3), les progrès sont excessivement rapides, tandis que chez d'autres la marche est très-lente : j'ai vu continue-t-il, des kystes du volume des deux poings, acquérir en moins d'un an les dimensions d'une tête d'adulte et davantage, et puis à ce point un grand nombre de malades vivre encore 4, 10, 15 et même 18 ans. — Safford a vu un petit kyste progresser tellement vite qu'il gênait les fonctions au bout de 15 jours, et Kiwisch un kyste gros comme le poing devenir comme une tête d'enfant en 10 et 24 jours en s'accompagnant de symptômes graves (4). D'un autre côté, C. Mayer a observé une jeune dame chez laquelle un kyste simple n'avait pas fait le moindre progrès depuis dix ans et Paasch observait le même fait depuis 5 ans (5).

5. Quant aux kystes fœtaux, ils peuvent rester 1, 20 et 40 ans stationnaires et n'être guère reconnus que par le hasard, lorsqu'il y a issue de leur contenu par une voie quelconque; ou par l'autopsie (6).

6. Le fait d'hydropisie *périodique* (à l'époque intermédiaire à deux époques menstruelles) de l'ovaire, rapporté par le professeur Magnus Huss de Stockholm (7), manque des détails nécessaires pour qu'on puisse établir un diagnostic définitif, et surtout admettre les idées de l'auteur sur une particularité si exceptionnelle aux kystes ovariques : la paracentèse pratiquée dans cette singulière tumeur amena l'évacuation d'un liquide épais, jaune comme du miel, d'une nature par consé-

(1) *Dict. de méd. de l'Encyclogr. des sc. méd.*, p. 307. *Ovaire.*
(2) Scanzoni, *Loc. cit.*, p. 385.
(3) *Ac. impér. de méd.*. Discours de Velpeau, séance du 25 nov. 1856.
(4) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 25.
(5) *Verhandl. der Gesellsch. für Geburtsk. in Berlin*, 1863, Heft 15, § 152.
(6) *Biblioth. du méd. prat.*, I, 680.
(7) *Allg. méd. Centr. Zeit.*, n° 96. 1856.

quent à faire difficilement admettre la résorption mensuelle d'un pareil contenu (1).

TITRE CINQUIÈME. — DURÉE DES KYSTES DE L'OVAIRE.

1. Quant le kyste doit avoir une issue fatale, ce n'est, terme moyen, qu'au bout de 6 ou 8 ans (2), de 8 ou 10, après que la tumeur est devenue appréciable (3) ; de 12 ans d'après Corbin (4).

Baker-Brown cite un cas où il y eut terminaison fatale en 18 mois (5).

Mac-Farlane a vu : 2 fois la vie durer 4 ans.
3 » » » 8 ans.
1 » » » 9 ans.
4 » » » 11 ans.
13 » » » 17 ans.

Bird dans 50 cas de sa connaissance (6) a vu :

4 femmes mourir en un an à partir du commencement de l'accroissement abdominal.

12 femmes mourir en l'espace de 2 ans, etc.
12 » » » 3 ans, »
10 » » » 4 ans, »
Les autres » » 10 ans, »

Sur 31 cas, Cazeaux a vu 7 malades vivre plus de 10 ans et pour toutes les autres, la moyenne a été de 2 à 2 1/2 ans.

En réunissant les 50 cas de Bird, ceux de Mac-Farlane et de Cazeaux, puis les 105 cas de la statistique de Th. S. Lee (7) et les 200 cas de ponction opérés par Velpeau (8), on peut dresser le tableau suivant :

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir*, 1857, p. 39. *Archiv. gén. de méd.*, 1857, 5e série, t. X, p. 1.
(2) Velpeau. *Disc. acad. loc. cit.*
(3) Pauli. *Siebold's Journ.*, XVI, 615.
(4) *Bibl. du méd. prat.*, I, p. 680. *Gaz. méd. de Paris*, I, 1830.
(5) in Labalbary, *loc. cit.*, p. 25.
(6) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 25.
(7) *On tum. of the uterus and its appendages*, 1846, p. 177.
(8) V. *Résultats et valeur de la ponction.*

MORTS :

Noms des observateurs.	NOMBRE de CAS.	En 1 an.	De 2 à 3 ans.	De 3 à 4 ans.	En 4 ans.	De 5 à 20 ans.	De 20 à 30 ans.
Mac-Farlane	23	»	»	»	2	21	»
Cazeaux.	31	»	24	»	»	7	»
Bird	50	4	12	12	10	10	»
Th. S. Lee	105	38	25	90	»	20	5
Velpeau	200	4	»	»	»	196	»
Totaux.	409	46	61	102	12	254	5

2. Les kystes simples, qui atteignent rarement la grosseur d'une tête d'homme, peuvent rester des années sans exercer d'influence mauvaise sur la santé des femmes, sauf la compression des organes voisins. Certaines femmes ont atteint un âge avancé sans s'être aperçues de la tumeur dont elles étaient affligées (1).

Baker-Brown a observé un cas où il se passa 25 ans avant qu'un traitement actif fut institué (2). Les docteurs Schulhof et Copland (3) ont cité des faits analogues.

On trouve dans Wepfer (4) l'histoire d'une vieille femme qui, malade d'hydropisie enkystée pendant 20 ans, mourut d'une autre maladie.

Gimelle (5) connaissait 7 femmes ponctionnées de kystes depuis 12, 18, 19 et 22 ans sans accidents.

Martineau ponctionna 80 fois une femme qui vécut 25 ans (6).

(1) Scanzoni, *loc. cit.*, p. 385.
(2) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 25.
(3) *The med. T. and Gaz.*, 1864, I, p. 160.
(4) Monro, *loc. cit.*, p. 231.
(5) Académie impériale de médecine de Paris. Discours de Gimelle : Séance du 28 octobre 1856.
(6) In *Comp. de méd. prat.*, III; 628. Bruxelles.

Tacheron, chirurgien à Villers-Cotterets, a trouvé une hydropisie de l'ovaire dans le cadavre d'une fille morte à 88 ans, et dont la maladie avait commencé à l'âge de 30 ans : le kyste occupait toute la cavité abdominale sauf le bassin (1).

J.-P. Franck (2) cite le cas d'un kyste ayant débuté à l'âge de 13 ans et qui laissa vivre la femme jusqu'à 88 ans.

Druitt (3), en 1853, donnait des soins à une dame âgée de 57 ans et qui portait sa tumeur depuis 30 ans.

Une fille, arrivée à l'âge de 84 ans, avait un kyste qui datait de 50 ans (4).

Un kyste, après s'être développé pendant 15 ans, peut rester stationnaire (5). L'écart considérable que donnent les statistiques pour la durée des kystes ovariques, prouverait, comme le remarque judicieusement Ch. West (*loc. cit.*, p. 644), que sous ce nom on a compris plusieurs maladies n'ayant ni la même marche ni le même pronostic et exigeant des modes différents de traitement.

3. D'après Tavignot et Cazeaux (6) on peut établir que dans l'âge adulte et l'adolescence, la durée atteint entre 20 et 30 ans, tandis que dans l'âge mûr, la durée extrême peut aller jusqu'à 40, 50 ans et davantage.

A 45 ou 50 ans, dit Huguier (7), quand le molimen n'existe plus, la marche est lente et le kyste offre peu d'incommodités : de 20 à 40 ans les femmes succombent rapidement et généralement entre 30 et 40 ans. Plus la maladie les frappe jeunes, moins elles ont de chances en leur faveur.

4. Les kystes ovariques *flasques*, c'est-à-dire qui offrent la mollesse d'une poche incomplètement vidée, sont compatibles avec une longue vie.

(1) MORAND. In *Mém. de l'Acad. i. de chir.* II, 457. — CAMUS. *Rev. méd.*, 1833. — PEREIRA, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1841. — RICHERAND. *Nosograph. chir.* Paris, 1815, 4e édtion. t. IV, p. 407.

(2) In LABALBARY, *loc. cit.*, p. 25.

(3) *Ibid.*

(4) VAN SWIETEN et *Mem. de l'Acad. i. de chir.* II, 258.

(5) GARDIEN. *Loc. cit.*, pp. 458, 460. — BOYER, *loc. cit.*, p. 442. SABATIER, BLASIUS, *loc. cit.*, 1834.

(6) In CAZEAUX. Thèse citée, p. 105.

(7) *Acad. imp. de méd. de Paris. Disc.* HUGUIER, séance du 11 novembre, 1856.

Cruveilhier (1) en a vu un à la Salpêtrière qui datait de 30 ans et que Lallemand n'avait jamais voulu ponctionner. Cet état spécial des parois kystiques démontre que l'absorption est plus active que la sécrétion (2).

5. Pour les kystes dermoïdes, d'après Lebert (3), rarement la mort arrive entre 1 1/2 et 2 années;

Plus souvent la durée est de 3 à 7 années;

Plus rarement elle est de 15 à 25 années.

TITRE SIXIÈME. — PRONOSTIC.

« Notabilis itidem hydropis species ovarios mulierum sæpè occupat; qui morbus ut plurimum steriles, annosasque mulieres occupat..... curatur vero nunquam....... »

BOERHAAVE. *Aphorismes.*

1. On peut, comme l'a fait Aran (4), établir une échelle de gravité pour les kystes d'après leur contenu : on obtiendrait ainsi :

1° Les kystes fœtaux qui peuvent persister indéfiniment, à l'insu même de la femme et sans nécessiter d'intervention;

2° Les kystes uniloculaires simples, à contenu clair, limpide, séreux.

3° » » multiloculaires (multiples), à même contenu.

4° » » uniloculaires à liquide épais, filant, huileux, et enfin :

5° » » multiloculaires (composés, surtout colloïdes), à liquide de même nature.

2. C'est aussi d'après la nature du liquide que Nélaton établit la gravité et les indications du traitement des kystes ovariques, ainsi que nous le verrons.

3. Dans les kystes composés, les chances de guérison spontanée sont moindres que pour les kystes simples : la guérison la plus favorable et la plus sûre, aussi bien après l'évacuation spontanée qu'après la ponction, a lieu lorsque l'inflammation attaque les kystes évacués, arrête leur dégéné-

(1) *Ibid. Disc.* CRUVEILHIER Séance du 4 nov., 1856.

(2) CH. WEST. *loc. cit.*, p. 642.

(3) *Beobacht. und klinisch. Bemerk. über Dermoid. Cyst. Prager Viertelj.*, Bd IV, 1858.

(4) *Loc. cit.*, p. 1070.

rescence et produit un tel changement dans les kystes contigus non encore vidés, qu'il s'y fait une absorption graduelle des contenus qui disparaissent par exsudation, et par suite il y a ratatinement de toute la tumeur. L'observation démontre que ce fait n'est pas rare pour les petits kystes (1).

4. En règle générale (2) l'augmentation de densité de fluide hydrovarique, combinée avec une augmentation dans les éléments animaux et salins, si cette augmentation se manifeste par une consistance mucilagineuse, une plus abondante production floconneuse, de gruau, mélicérique ou de nature cérébrale, est l'indice d'une condition morbide du kyste, condition défavorable et dénotant un état général qui laisse moins de chances de succès. Cependant, il arrive, d'après Baker-Brown, qu'un pareil changement peut survenir dans la membrane sécrétoire, par suite de sa trop grande distension, de la compression, d'une paracentèse trop répétée et que par suite le kyste demeure comme une masse inerte au milieu de l'abdomen.

5. Indépendamment de l'activité exercée par la maladie de l'ovaire, l'état de santé de la malade influe beaucoup sur la rapidité de la sécrétion du fluide kystique, c'est-à-dire que cette exhalation est d'autant moins grande que la constitution est meilleure, ce qui conduit à l'administration des toniques dans le traitement.

6. Les complications aggravent le pronostic :

1° Le cancer surtout;

2° L'ascite qui déjà est la conséquence d'une cachexie générale ;

3° L'anasarque et l'hydrothorax (3) pour la même raison ;

4° L'inflammation du kyste et des organes voisins, sa suppuration (4);

5° Les symptômes généraux amenés par la distension excessive du kyste;

6° La grossesse peut amener des accidents mortels avant la parturition (5);

7° Enfin, il faut savoir tenir compte aussi de la profession : quand elle est pénible, qu'elle force à soulever de lourds fardeaux; qu'elle expose à

(1) Labalbary, *loc. cit.*, p. 29.
(2) Bryant. *Lancet*, 1849.
(3) Dehaen, *loc. cit.*, t. II, pp. 76 et 239.
(4) Aran, *loc. cit.*, p. 1070.
(5) *Ancien journ. de méd.*, t. XXXVI, p. 48.

la compression abdominale, à des coups, des chutes, etc. (Tavignot, *loc. cit.*).

7. Quand le kyste se rompt, le danger dépend de l'issue qu'a pris le fluide : cette issue peut être pronostiquée :

1° Par la fréquence des adhérences des parois de la tumeur ;

2° L'épaisseur relative de ces parois ;

3° Les changements de consistance et de forme déterminés par le processus inflammatoire ;

4° La direction de la moindre résistance dans un sens plutôt que dans l'autre.

L'issue du contenu à travers un canal muqueux ou les parois extérieures, est beaucoup plus favorable que lorsqu'elle s'opère dans le péritoine, et n'a pas alors de danger immédiat. Si le sac peut s'affaisser, la guérison naturelle peut s'ensuivre, sinon il peut se rétrécir, sécréter quelque peu encore puis s'atrophier, ou bien enfin, il peut s'épancher plus de fluide qu'auparavant, par intervalles ou presque constamment (1).

8. Le pronostic des *kystes ménorrhagiques* de Bœckel est très-grave : à part les variétés compliquées de cancer, ces tumeurs paraissent à l'auteur (2) les plus dangereuses, en raison de leur mode de développement. Plus que les autres, ces kystes épuisent les malades et ils sont plus rebelles encore à toute espèce de traitement. Abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent se rompre dans le péritoine, et la nature du liquide qu'ils contiennent les rendrait inévitablement mortels. La seule chance de salut est l'établissement de la ménopause, soit par les progrès de l'âge, soit par la croissance même de la tumeur qui finit par atrophier l'ovaire.

TITRE SEPTIÈME. — TERMINAISONS.

> « Il est impossible de porter un pronostic certain si l'on ne connaît la manière dont les maladies se terminent. »
>
> LÉON ROSTAN. *Cours de médecine clinique*, troisième édition, Bruxelles, 1852, p. 300.

Envisagée d'une manière générale, la terminaison des kystes de l'ovaire est presque toujours fatale. Ainsi, d'après Rob. Lee, sur 123 malades,

(1) LABALBARY, p. 29.

(2) *Loc. cit.* et *Gaz. de Strasbourg*, n° 5, 1861.

63 n'atteignent pas 2 ans et 60, 4 ans : voyez du reste à ce sujet le tableau que nous avons dressé à propos de la durée des kystes.

I. GUÉRISON SPONTANÉE.

1. Les kystes de l'ovaire peuvent-ils guérir spontanément par la résorption de leur contenu? Cette terminaison, regardée comme impossible par Kiwisch von Rotterau (1), W. Hunter (2) et A. Cooper (3), Jobert de Lamballe n'hésite pas à l'admettre en s'en référant au cas de Delpech dans lequel, après huit à dix mois de traitement et d'un régime sévère, la tumeur devint comme un œuf de poule. Il faut cependant, dit-il, un travail inflammatoire et une sorte de bourgeonnement des parois internes de la tumeur : le phénomène de l'absorption pure ne suffirait ordinairement pas pour expliquer ces guérisons spontanées (4).

C'est de cette façon que Goupil (5) s'explique la guérison spontanée qu'il a observée. Plus tard, dans l'excellent ouvrage qui lui est commun avec Bernutz (6), il regarde comme le même résultat ce qui s'est passé dans l'observation d'Aran (7), et que ce regrettable gynécologiste avait cru devoir interpréter d'une façon différente.

L'absorption spontanée du contenu kystique a également été regardée comme une terminaison possible, et cette opinion a été appuyée sur des faits par Baker-Brown (8), Baillie (9), Seymour (10), Nauche (11). D'après

(1) *Klin. Vorträge*, t. II, p. 23.

(2) *Analekt. f. Frauenkrankh.*, t. II, p. 445.

(3) *Lectures on the principles and pract. of Surgery.*

(4) *Acad. imp. de méd. de Paris.* Disc. JOBERT. Séance du 21 octobre 1856. — *Gazette des hôpitaux*, 1856, 500.

(5) *Bull. de la Soc. méd. d'obs.* Déc. 1856.

(6) *Clinique méd. sur les mal. des femmes.* Paris, 1860-1861, II, 386.

(7) *Leç. clin.*, etc., 3e p., obs. XXI, p. 769.

(8) In LABALBARY, p. 28.

(9) In COPLAND, *ibid.*

(10) *Loc. cit.*, p. 55.

(11) *Maladies propres aux femmes*, I, 174. — Voir aussi *Méd. Gaz.*, 1836, 18 juillet, et HELMANN. *Siebold's Journ.*, II, cah. 3.

Neumann (1), l'ovariotomie fut tentée, mais dut demeurer inachevée à cause des adhérences étendues chez une femme dont le kyste disparut ensuite spontanément : elle se maria, mais n'eut pas d'enfants. Le même auteur rapporte (2) plusieurs autres cas de disparition spontanée de tumeur ovarique, et regarde cette terminaison comme beaucoup moins rare qu'on ne le pense. W. H. Busch l'admet également (3).

2. Trousseau (4) ne voulait pas qu'il puisse jamais y avoir résorption d'un kyste assez volumineux pour être appréciable à la palpation et à la percussion : d'après lui, les cas cités par Thomson sont probablement des kystes flétris, comme il arrive à la ménopause pour certaines tumeurs fibreuses : il a cependant observé, dit-il, avec Dubois et Jobert, une guérison radicale après inflammation spontanée ; mais souvent, dans ces cas, il y a plutôt rupture de kyste et péritonite mortelle.

3. Ne pourrait-on avec Kiwisch admettre une métathèse des tissus des parois ? L'ossification, par exemple, amène toujours un resserrement considérable des parois et la diminution de la cavité kystique : quand l'ossification est parfaite, la tumeur ne grandit plus. Des dépôts partiels de masses osseuses et cartilagineuses et des tissus hypertrophiés remplaceraient le ratatinement de la cloison, surtout chez les vieilles femmes (5).

4. Quoi qu'il en soit, il est plus d'un auteur qui ont rapporté des observations de guérison spontanée des kystes ovariques. Piachaud, de Genève (6), a vu un kyste ponctionné quelques années auparavant, disparaître complètement et subitement sous l'influence de préoccupations morales vives. — Th. Helie (7) rapporte également un fait de kyste ovarique volumineux comme une grossesse à terme et qui guérit par résorption à la suite de l'administration d'une tisane de pieds de cerises ;

(1) *Prov. and med. Journ.*
(2) *Ibid.*
(3) *Geschlechtsleben der Weiber*, t. IV, s. 282.
(4) *Acad. imp. de méd. de Paris.* Disc. Trousseau. Séance du 21 octob. 1856, *Gaz. des hôp.* 1856, 409.
(5) Laboulbène, *loc. cit.*, p. 30.
(6) Cité par Laskowski, *thèse citée*, p. 27.
(7) *Journ. de méd. de l'Ouest*, 1868, 2, p. 11.

la tumeur disparut en six mois : c'était chez une femme de 50 ans ; la guérison se maintint dix ans, c'est-à-dire jusqu'à sa mort. West a vu également guérir par résorption de liquide (1), Rabl en cite deux cas (2), Braun, Türck, Langer et Patruban en ont également observé (3), Magnus Huss (4) en cite deux observations dont les détails laissent cependant à désirer pour l'affirmation d'un diagnostic précis. Klob assure que les autopsies en démontrent assez fréquemment l'existence (5).

5. En résumé, la résorption spontanée est un fait rare et peut être douteux. Dans la plupart des observations citées à l'appui de cette terminaison, est-on bien sûr que le diagnostic fut bien établi ? On a vu l'ascite guérir par des sueurs profuses et spontanées (6), et ceci nous amène à parler de cet autre mode de guérison également admis pour les kystes de l'ovaire, mais qui doit, avec plus de probabilité encore, être mis sur le compte d'une erreur de diagnostic.

II. GUÉRISON PAR L'ÉVACUATION DU KYSTE PAR LES DIVERS ÉMONCTOIRES.

1. Boyer (7) parle d'un malade guéri en huit jours, après avoir uriné énormément pendant tout ce temps.

2. D'autres fois ce sont des selles aqueuses, extraordinairement abondantes, qui ont produit le même heureux résultat (8). Cazeaux ne montre guère d'hésitation lorsqu'il admet cette solution comme la plus ordinaire dans le cas de guérison spontanée (9), mais il faut bien avouer qu'on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas dans ces cas d'ascite ou mieux encore de l'ouverture du kyste dans la vessie ou l'intestin.

(1) *Med. chir. Monatsch.*, etc. von F. E. Friedrich und A. Vegel, 1861, 1 Bd. S. 185.
(2) (3) *Wochenbl. des Zeitschr. der K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, S. 305, 306 ; 1866.
(4) *Monatschr. f. Geburtsk.*, feb. 1857, IX, S. 143. — *Archives gén. de méd.*, 1857, 5e série, t. X, p. 14. *Cas de maladies rares*, etc.
(5) *Wochenbl. des Zeitschr. der K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, S. 305, 306 ; 1866.
(6) Andral. *Rev. méd.*, 1828, IV, 319. — V. aussi Mondière. *Journ. l'Expérience*, t. VII, 417.
(7) *Loc. cit*, p. 144.
(8) Blundell. *On diseases of Women*, p. 122.
(9) *Thèse cit.*, p. 119.

3. Des malades ont vomi des matières semblables à celles qu'on avait extraites du kyste par la ponction (1). Blundell (2) a vu un soulagement notable suivre des vomissements abondants de matières aqueuses, et Seymour (3), la guérison résulter de l'évacuation par l'estomac de 10 pintes d'eau en cinq ou six jours. J. Cloquet et Ribes admettent dans ces cas une métastase, tandis que les auteurs du Compendium (4) préfèrent établir d'une manière absolue qu'il y avait communication qui a échappé aux investigations, ou sécrétion stomacale analogue à la sécrétion kystique.

4. Quel fondement peut-on établir sur les observations de guérison par sueurs excessives ou d'arrêt de développement de la tumeur par suite de salivation spontanée et abondante (5)?

III. RUPTURE DU KYSTE.

Une des terminaisons spontanées qu'on peut regarder comme assez fréquente consiste dans la rupture du kyste : les circonstances qui accompagnent cet accident ou qui le préparent, influent considérablement sur son résultat heureux ou malheureux.

a. *Rupture mécanique.*

1. La rupture a-t-elle lieu sans inflammation préalable, par la seule distension de la tumeur, la guérison peut en être la conséquence, ainsi qu'on le peut constater dans les observations de Bonfils, de Nancy (6), Camus (7), etc. Kiwisch cite des cas où la rupture, suivie deux et trois fois de réaccumulation de liquide, finit par amener la guérison. Ces faits ne sont du reste pas rares dans les recueils périodiques.

(1) EMERY. *Acad. des sciences de Paris.*
(2) *Loc. cit.*, p. 122.
(3) *Loc. cit.*, p. 93, cité par PERCIVAL.
(4) *Loc. cit.* Bruxelles, III, 628.
(5) *Journal complémentaire*, t. XXXIV, p. 292.
(6) *Bulletin de l'Acad. imp. de méd.*, décembre 1843.
(7) *Revue médicale*, novembre 1844, t. III, p. 327. — *Archives gén. de méd.*, 1845, 4e série, t. IX, p. 229. *Sur la rupture des kystes de l'ovaire.*

C'est dans les mêmes conditions que se trouvent les kystes rompus par quelque cause extraordinaire, comme un choc, un coup, une chute, etc., et même dans un éclat de rire (1), un éternûment, un accès de toux violent (2), un mouvement brusque (3).

La femme vue par Boinet et Hupier reçoit un coup de pied dans le ventre et guérit radicalement de son kyste rompu (4). Le docteur Bezencenet a communiqué semblable fait à la Société Vaudoise de médecine, le 8 juillet 1869 : il y eut guérison radicale d'un kyste déjà ponctionné plusieurs fois, à la suite d'un coup de pied du mari (5).

Une femme portant un kyste peu volumineux encore, fit un faux pas : la tumeur se rompit dans le péritoine qui s'enflamma, mais la guérison fut radicale (6).

La malade de Gautier (7) tombe sur le bord d'une marmite et guérit radicalement de son kyste qui se rompit.

La contraction des muscles abdominaux et du diaphragme sous l'influence d'un vomissement a suffi dans le cas d'Eager (8) pour produire la rupture et la guérison d'un kyste ovarique.

La femme citée par Lebert éprouve le même accident en roulant sur une pelouse en pente, la malade de Follin en tombant sur les fesses (9), celle de Th. M'Millan par le passage d'une pesante voiture sur son ventre (10) et celle de Magnus Huss par une chute de cheval dans laquelle le ventre porta sur une borne (11).

Un kyste ovarique ponctionné quarante-quatre fois, se rompit à la suite

(1) MORGAGNI, epist. XXXVIII.
(2) RICHTER, *loc. cit.*, p. 225.
(3) Observation de MARCHAND, in *Union médicale*, 1856, p. 521.
(4) BOINET, *loc. cit.*, p. 124.
(5) *Scalpel*, août 1869, p. 54. — *Union médicale*, 1869.
(6) J. WHITE, *American Journal of medical science*, april 1846.
(7) *Union médicale*, 1856, p 566, n° 142.
(8) *Prov. med. and surg. Journal*, 1846.
(9) *Arch. gén. de méd.*, 1855, 5e série, t. III, p. 604.
(10) *Edinburgh medical Journal*, aug., p. 175.
(11) *Arch. gén. de méd.*, 1857, 5e série, t. X, p. 10.

d'une chute et le contenu se résorba dans le péritoine : la malade guérit à la suite d'une diaphorèse abondante (1).

Une domestique de 38 ans, après un peu de malaise, sentit, en se levant, un craquement dans le ventre avec envie d'aller à selle : évacuation d'une quantité considérable de liquide qui se répéta un grand nombre de fois, et à laquelle s'ajoutèrent bientôt des vomissements d'une matière séreuse abondante, mêlée de quelques flocons albumineux : convulsions, défaillance et syncope : tout cela dura sept heures; neuf heures après, tout accident avait disparu et on ne retrouva plus la tumeur dont cette fille était porteur : repos et diète absolue : le kyste se reproduisit : la quantité de liquide évacué fut évaluée à 16 livres (2). Dans un effort sur la chaise percée, une femme affligée d'un kyste ovarique, rendit 27 pintes de liquide d'un premier jet; le jour suivant 1 1/2 pinte et la quantité varia ensuite entre 1 et 2 pintes et cela pendant dix-huit mois, au bout desquels la mort arriva (3).

Weitenkampff a vu la guérison s'obtenir dans les mêmes circonstances (4).

Trousseau a vu trois fois le kyste se rompre dans le péritoine et la guérison s'ensuivre (5). Sur les 68 cas rapportés par West (6), six fois il y avait eu rupture du kyste dans le ventre et deux fois mort.

Haller (7) cité par Monro (8), rapporte l'observation d'une femme hydropique dont le ventre était d'une grosseur prodigieuse et qui dut sa guérison à une chute : elle rendit pendant 14 jours de suite, à diverses reprises, une quantité d'eau immense par la voie des urines, sans qu'on pût accuser la sécrétion des reins, car après avoir rempli un pot de chambre, elle put

(1) SIMPSON. *Monthly Journal of med. science.*

(2) *Résumé des travaux de la Soc. royale de méd. de Bordeaux, pendant l'année* 1832, par DUPUCH-LAPOINTE, in *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1833, art. 683.

(3) *Med. Times and Gazette*, 1861, t. I, p. 143.

(4) *Encyclographie des sciences médicales*, 1836, p. 342. — *Zeitschrift vom Verein für Heilk. in Preussen*, 1836, n° 18.

(5) Discours cité.

(6) *Collection de thèses pathologiques*, dernier vol., p. 312, et *loc. cit.*, p. 642. — Voyez aussi un cas de guérison in *The med. Times and Gazette*, 1861, t. II, p. 30.

(7) *Essai sur l'hydropisie*, etc., p. 196 note.

(8) MONRO, *loc. cit.*, p. 193.

encore uriner à sa volonté, et l'eau qu'elle rendit était claire, limpide et inodore. L'auteur qui donne cette observation, soupçonne que cette hydropisie n'était point de la nature de l'ascite, mais qu'elle avait son siége dans le duplicata du péritoine : il se fonde sur les signes de cette espèce d'hydropisie enkystée et il croit que par l'effort de la chute, l'*eau a été forcée d'enfiler les pores absorbants de la vessie.*

On peut lire, même volume, p. 447, qu'une fille âgée de 36 ans souffrait considérablement depuis 14 ans entiers d'une hydropisie enkystée si prodigieuse que son ventre avait près de deux aunes de tour et qu'elle pesait plus de 1,000 livres au delà de son poids ordinaire. Elle fut guérie le plus heureusement du monde par une chute qu'elle fit sur le ventre : elle sentit dans la région hypogastrique, du côté gauche, un bruit *comme celui d'un tambour qu'on crève :* six heures après elle eut de grandes envies d'uriner avec de vives douleurs : elle rendit plusieurs livres d'une eau très-claire et inodore, ce qui continua pendant neuf jours, ayant de demi en demi-heure envie d'uriner : son ventre diminua considérablement et au bout de quelques semaines, elle rendit à diverses reprises, avec son urine, une substance membraneuse et blanchâtre ; elle fut guérie radicalement.



Qu'on s'étonne encore que les anciens aient conseillé comme moyen de guérir radicalement les kystes, celui de crever la tumeur d'un coup de maillet.

Une femme portait un kyste de l'ovaire droit depuis sept ans : elle fit une chute dans un escalier et se heurta le ventre. Quelque temps après, sensation étrange dans l'abdomen et besoin fréquent d'uriner : 4 1/2 litres en 24 heures; cette diurèse dura dix jours, puis il n'y eut plus de traces de tumeur ovarique : grand affaiblissement et maigreur, qu'un régime tonique fit disparaître (1). Le docteur Rogers a négligé d'analyser les urines au moment du flux, ce qui eût dissipé tout doute sur la réalité de l'ouverture du kyste directement ou indirectement dans la vessie.

Dans un autre cas (2), une femme de 36 ans atteinte d'un kyste ovarique

(1) *British med. Journal,* 13 novembre 1858, observation de GODDARD ROGERS.

(2) Même journal, 23 octobre 1858.

énorme, datant de dix ans, fit une chute sur l'abdomen : syncope, frissons répétés; puis, quelques heures après : fièvre inflammatoire violente avec douleurs vives dans le bas-ventre, maigreur rapide, œdème énorme des extrémités inférieures, urines complètement supprimées, état désespéré pendant plusieurs jours; au bout d'une quinzaine, l'anasarque diminua rapidement, en même temps grande quantité d'urines troubles; un mois après l'accident, guérison complète.

Baker (1) rapporte aussi le fait d'une femme qui avait subi trois fois la ponction : à la suite d'une chute sur le ventre, un flux copieux d'urine, qui se déclara, fit disparaître complètement la tumeur.

3. La rupture spontanée des kystes peut passer inaperçue des malades (2); elle n'est point d'ailleurs toujours accompagnée d'accidents graves, dit Kœberlé; le plus souvent il n'y a que des symptômes de péritonite plus ou moins violents, des coliques, de la diarrhée, une diurèse abondante. Les malades engraissent à vue d'œil pendant quelques jours en se nourrissant par absorption de l'albumine épanchée : l'irritation péritonéale se dissipe en général assez promptement.

4. Pour que la rupture d'un kyste puisse être suivie de la guérison par résorption du liquide, il faut, d'après Scanzoni (3), que celui-ci soit purement séreux et nullement excitant, et encore cela est bien rare: c'est aussi l'opinion de Baker-Brown qui regarde l'évacuation kystique dans le péritoine comme d'un danger moindre qu'on ne le pense généralement lorsque le fluide est doux et non irritant. Nélaton partage aussi cet avis : le liquide se résorbe et la péritonite est très-bénigne; c'est ainsi qu'on a vu le kyste s'oblitérer (4).

5. Les auteurs du Compendium (5) ne peuvent admettre comme l'avait fait

(1) *Exp. des diff. moyens usit. dans le traitement des hydropisies*, 1705.

(2) LXXIVe ovariotomie de Kœberlé. *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 262.

(3) *Loc. cit.*, p. 385.

(4) Blundell. — Copland in *Med. Dict.* — Simpson in Labalbary, p. 30, *loc. cit.* — Voyez aussi Bluff, *loc. cit.*, obs. 1re. — Marchand, in *Union méd.*, 1856, p. 521. — Von Platzer, *Berstung eines Hydrovar, mit Erguss des Inhalts in den Bauchfellsack. Resorption. Heilung.* (*Spitalzeitung*, 1859, n° 5.)

(5) *Loc. cit.*, III, 628.

Cazeaux (1), que le même kyste puisse se vider et se remplir plusieurs fois de suite : pour eux il y aurait erreur de diagnostic, et il s'agirait d'une ascite. Outre l'observation de Bluff (2), on peut cependant citer encore l'opinion de Baker-Brown (3) qui a vu, après la ponction, le sac se vider une deuxième et une troisième fois par la même ouverture dont les adhérences se détruisaient par la compression provoquée par une nouvelle accumulation de liquide. L'ouverture produite par la rupture spontanée peut aussi se cicatriser et fournir l'occasion d'une nouvelle accumulation de liquide qui viendrait rompre la cicatrice (4).

6. La mort néanmoins, comme le dit Trousseau (5), arrive souvent aussi à la suite de ces ruptures et il ne faut pas trop se hâter, ainsi que le demandait Cazeaux et le proposait Bonfils, de Nancy, d'imiter la nature. La statistique de Tilt renseigne 22 morts sur 71 cas de rupture qu'il a recueillis (6).

19 ont été soulagées.

30 ont guéri.

Nous avons vu déjà que West renseignait deux morts sur les six ruptures dans les 94 cas de kystes ovariques qu'il a réunis : il y eut une guérison, reproduction de la tumeur après deux ruptures accompagnées de beaucoup de danger et deux morts, sur les quatre cas qu'il a observés personnellement (7).

Velpeau a vu deux fois la mort suivre les deux accidents de rupture qu'il a observés (8).

Robert Barnes, qui a observé le même résultat fâcheux, explique la mort par une sorte d'empoisonnement amené par la résorption de la sérosité kystique. Sa malade avait succombé après dix jours de symptômes de

(1) Thèse citée, p. 114.

(2) In *Expérience*, *loc. cit.*

(3) In *Lancet*, 1849.

(4) *Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 63.

(5) Académie impériale de médecine de Paris. Discours Trousseau. 21 octobre 1856.

(6) *On the rise, progress and various terminations of chronic ovarian tumours.* (*London med. Gazette*, 1851, jan. et seq. *Lancet*, 5 août 1848, vol. II, p. 146.

(7) *Loc. cit.*, p. 612.

(8) Académie impériale de médecine de Paris. Discours Velpeau. Séance du 25 novembre 1856.

collapsus : il y avait eu cependant des signes de péritonite, immédiatement après la rupture (coup sur le ventre) (1).

D'après la statistique de Camus (2) la rupture des kystes aurait toujours été fâcheuse pour les malades, qui toutes succombent soit peu de temps après ou plus tard à la suite de l'hydropisie ascite consécutive, ou après plusieurs ruptures : une seule malade aurait définitivement guéri à la suite de plusieurs ruptures.

7. Lorsqu'il y a rupture de l'ovaire et surtout d'une grossesse extra-utérine, par l'épanchement subit d'une grande quantité de liquide ou de sang dans l'abdomen, on voit se dérouler un tableau symptomatique tellement caractéristique, qu'on ne peut l'oublier dès qu'on l'a vu une fois : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, petitesse et accélération du pouls, sueurs froides, lypothimies successives, tintements d'oreille, etc., on ne doit pas se laisser aller à croire à un empoisonnement, comme cela est arrivé si souvent, au point que le plus grand nombre d'observations de ce genre sont le résultat d'expertises médico-légales (3). Il faut, pour produire ce fait, un épanchement très-abondant et s'effectuant en un temps très-court.

8. Les symptômes accusés par la femme sont : une douleur subite et vive dans le bas-ventre, avec sensation d'un liquide chaud se répandant dans la cavité abdominale ; souvent il y a bruit perceptible pour elle (4). La consistance de l'abdomen varie sensiblement et tout d'un coup : de tendu et dur qu'il était auparavant, il devient mou, élastique : la tumeur quelquefois même disparaît complètement.

A la percussion, on constate dans le péritoine un épanchement de liquide qui n'existait pas auparavant.

9. La terminaison doit-elle être heureuse, ces symptômes disparaissent

(1) *On abdominal collapse, or shock from abdominal disease. Lancet,* aug. 3, 1861.

(2) *Revue médicale,* 1844, t. III, p. 327.

(3) Debucé, *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurgie prat.*, t. I, p. 92, art. *Abdomen.*

(4) Spaldings, *New Engl. Journ.*, vol. V, 1816. — Mighell, *American Journ.*, nov. 1829. — Helmann, *Siebold's Journal*, vol. II, cah. 3. — Burdach, Truckmuller. — *Journ. de Graefe*, vol. IV. — Weiglein, *Anthol. méd.*, février 1834. — Paetsch, *Casper's Wochenschrift*, 1838, nos 21 et 22.

peu à peu : l'abdomen diminue de volume (résorption du liquide) : si le kyste ne se remplit plus, on reconnaît une petite tumeur plus ou moins arrondie ou inégale et peu volumineuse : il peut y avoir sécrétions naturelles augmentées : sueurs, selles, urines. — Les symptômes généraux provoqués du côté des poumons, intestins, voies urinaires s'amendent peu à peu et la santé se rétablit. Bristone a vu une véritable ascite résulter de l'accumulation de la sérosité kystique dans la cavité péritonéale (1).

10. La terminaison fatale est précédée d'une péritonite violente et très-étendue quelques heures après l'accident, et la malade meurt au bout de quelques jours (2) ainsi que le prouvent les trois faits rapportés par Crisp (3) et celui de Guérard (4), ou plus tard encore, comme dans l'observation de Bird Herapath (5) : ce qu'il y a de remarquable dans ce dernier cas, c'est que la mort ne fut pas rapidement le résultat de la péritonite déterminée par le passage dans l'abdomen d'un liquide aussi irritant que celui dont nous avons donné l'analyse d'après l'auteur (voir *Anatomie pathologique*, analyse chimique des liquides kystiques). Le kyste s'était rompu à la suite d'une chute dans laquelle la tumeur porta contre une pierre : les accidents aigus de la péritonite disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement approprié, mais il demeura de l'ascite avec douleurs violentes et continuelles : l'ascite disparut lentement, mais elle fut remplacée par de l'œdème des extrémités inférieures : plus tard, il se développa de l'anasarque, de la diarrhée, et la mort survint par épuisement, onze semaines après l'accident.

La mort, quoique assez rarement, peut survenir très-rapidement : c'est ainsi que Tavignot (6) en a vu deux cas dans le service de Blandin où la mort fut presque immédiate. Dans l'observation de Danville (7), la mort arriva au bout de sept heures. Le cas si curieux de Vidal de Cassis, où l'on

(1) *Transact. of patholog. Society*, vol. V, p. 226.
(2) Scanzoni, *loc. cit.*, p. 366. — Bright, *loc. cit.*, cas 16, 18, 19. — Paetsch, *loc. cit.*
(3) Ranking, t. XI.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 420.
(5) *Edinburgh med. and surg. Journal*, janv. 1849.
(6) *Loc. cit.*, p. 53.
(7) *Gaz. méd. de Londres*, 1842, t. II.

crut à une hernie étranglée et où l'opération fut même proposée, démontre également la possibilité d'une mort rapide (1).

b. Rupture par inflammation.

1. Le plus souvent la rupture du kyste s'opère sous l'influence du travail phlegmasique qui s'est établi dans l'enveloppe péritonéale de la tumeur tendue par un développement rapide et considérable. Hugues Bennett se figurait que les kystes étaient primitivement multiloculaires et que, par l'agrandissement successif des locules qui les composaient, les kystes se rompaient les uns dans les autres pour constituer une poche unique. Ce travail, d'après lui, expliquerait les douleurs qui accompagnent les kystes à certaines périodes de leur développement et la rupture qui peut en survenir (2); travail qui peut produire l'ulcération et la gangrène et enfin l'issue du contenu du kyste dans le péritoine. C'est là une terminaison que Cruveilhier a observée chez une femme qui portait une tumeur acéphalocyste située entre le rectum et le vagin (3). Barth (4) et Bailly (5) en ont également observé. Une péritonite rapidement mortelle peut se développer à la suite de ruptures survenues dans de semblables conditions (6). Bright rapporte qu'une femme sentit tout à coup « comme si ses intestins se retournaient » et mourut presque subitement : à l'autopsie on constata la rupture d'un kyste ovarique avec péritonite suraiguë (7). Un cas bien remarquable est celui que rapporte Chrobak dans la clinique d'Oppolzer (8), d'une femme de 45 ans qui souffrait de métrite chronique avec hémorrhagies et ulcération du col : elle mourut en

(1) *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 580. — Voyez aussi DANCE, *Arch. gén. de méd.*, t. XXIV, p. 211. — NÉGRIER, *loc. cit.* — ROLLETT, *Spitalzeitung*, n°s 47, 48. 1863.

(2) Clinique de CRUVEILHIER. (*Union méd.*, 1849, t. III, n° 23, p. 91.)

(3) *Dictionnaire de méd. et de chirurgie pratiques*, vol. I, p. 251.

(4) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1856, t. XXI et XXII.

(5) *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1854.

(6) *British medical Journal*, 23 octobre 1858, et 1857, n° 37 (ROB LEE). — BARTSCHER, *Monatschrift f. Geburtsk.*, t. VI, p. 5, 1855. — V. aussi *The med. Times and Gaz.*, 1861, t. I, p. 346.

(7) MAUNOIR, *loc. cit.*, p. 31.

(8) *Wien. med. Press*, 1869, n° 11.

cinq jours des symptômes de la péritonite par perforation qui s'était développée subitement. L'autopsie fit découvrir un kyste de l'ovaire droit *gros comme une aveline*, dur et présentant une ouverture grande comme un grain de millet, à bords aplatis.

La malade de Mayne portait une tumeur ovarique depuis vingt ans sans le moindre inconvénient, lorsque la terminaison se fit brusquement et mortellement par péritonite : le kyste avait des parois calcaires, comme osseuses et présentait, à un endroit où manquait la matière calcaire, un abcès avec ouverture dans le péritoine (1).

Chez la malade de Th. Herpin, la rupture spontanée eut lieu pendant la grossesse, fut suivie de péritonite qui guérit, mais il y eut récidive, et après un accouchement à terme la femme finit par succomber à la phthisie pulmonaire après avoir subi des ponctions réitérées (2). Kœberlé a également vu des loges d'un kyste multiloculaire se rompre, donner lieu à une péritonite grave avec ascite, amaigrissement, fièvre hectique et ne pas compromettre pour cela le succès de l'ovariotomie (3). Kroker rapporte (4) avoir vu un cas de perforation spontanée d'un kyste de l'ovaire gauche amenée par l'ulcération des végétations papillaires revêtant l'intérieur des parois du kyste; et d'autre part un kyste prolifère de l'ovaire droit, perforé au moins à trente places, la matière gélatineuse de la tumeur épanchée dans la cavité abdominale et ayant provoqué l'inflammation chronique du péritoine.

Smith (5) ovariotomisa une malade qui deux fois avait senti le kyste se rompre sans effets fâcheux, mais aussi sans guérison. — Dubreuil a vu une violente péritonite céder à des moyens appropriés, mais le kyste se reproduire (6). Guéneau de Mussy, dans une autopsie, trouva à chacune des

(1) *Dublin hospital Gazette*, 1857, n° 4.

(2) *Union médicale*, 1856, p. 537.

(3) XXXV° ovariotomie. *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 97.

(4) *Ueber die Ursachen der spontan. Perfor. von ovarien Cyst.* Inaug. Dissert. Breslau, 1869.

(5) Boivin et Dugès, *loc. cit.* Bruxelles, p. 236.

(6) *Considérations anatomo-pathologiques sur l'hydropisie de l'ovaire*, par le professeur Dubreuil. (*Journal hebdomadaire de médecine*, n° 22, 30 mai 1835.) — Voyez encore comme exemples de rupture kystique dans l'abdomen : Seymour, *Illustrations*, etc. London, 1830, 3 cas;

poches d'un kyste biloculaire une ouverture établissant une communication entre le contenu de la poche et la cavité abdominale : il y avait des traces évidentes d'inflammation au pourtour de ces ouvertures (1).

2. Ce même travail inflammatoire peut également faire naître des adhérences entre la tumeur et les parois abdominales ou les organes creux voisins : sous ces adhérences les parois unies peuvent s'amincir et se perforer : la pression de la tumeur fortement distendue, d'après Scanzoni (2), provoque un ramollissement inflammatoire des parois contiguës, et le moindre choc (mouvement, effort de toux, de défécation, d'éternûment) amène la rupture : pour cet auteur, la rupture du kyste dans un organe creux, préparé de cette façon, n'entraîne jamais la mort de la malade, mais chaque fois aussi la tumeur se remplit.

3. L'issue du contenu au dehors, effectuée par le mécanisme que nous venons d'examiner, peut s'opérer par divers organes : le plus fréquemment c'est par le rectum, le cœcum ou l'iliaque du côlon, ou enfin par la paroi abdominale.

Ach. Chereau (3) cite soixante-dix cas de rupture kystique avec évacuations diverses : l'issue la plus favorable, et fréquemment suivie d'amendement ou même de guérison, serait par l'abdomen ou le vagin, tandis que, lorsqu'il s'agit de l'intestin ou de la vessie, la poche s'enflamme fréquemment par suite de l'entrée de matières irritantes, urines ou matières fécales, d'où intoxication et mort.

a) *Issue par les parois abdominales.* Cranford (4) relate un fait d'ou-

pp. 52 et 53. — Boivin et Dugès, t. I, p. 114. — Dance, *Archives de méd.*, t. XXI, p. 214. *Observations sur plusieurs affections de l'utérus et de ses annexes.* — Delpech, *Clinique chirurgicale*, 2 cas; Blandin, 2 cas, et Bright, 3 cas, in Hipp. Bourdon, *loc. cit.* — Mme Boivin, *Mémoire sur l'avortement*, p. 21. — Aran, *loc. cit.*, p. 1068.

(1) *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1842. Les mêmes particularités ont été rencontrées par le docteur Panas dans le kyste colloïde de l'ovaire droit, qu'il extirpa dans l'ovariotomie double pratiquée par lui le 15 juin 1871 : les trous ronds, à y loger le pouce, qu'il trouva à la surface, lui paraissent dus à l'ulcération amenée par l'amincissement progressif des parois de la tumeur. Il propose d'appeler ces sortes de kystes : *déhiscents* (Société de chirurgie, séance du 26 juillet 1871.)

(2) *Loc. cit.*, p. 387.

(3) *Union médicale*, 1847.

(4) *Med. Times and Gazette*, 1867, 23 mai.

verture spontanée à travers les parois abdominales d'un kyste volumineux avec guérison. Jarjavay (1) l'a vue se faire à la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, et Larrey (2), d'abord dans la vessie, puis de celle-ci à l'extérieur, par les parois abdominales, fait curieux et probablement sans analogue dans la science et pour lequel l'auteur dut pratiquer à la fois la gastrotomie et la taille hypogastrique. Boyer cite également plusieurs observations (3) de l'évacuation des kystes ovariques par les parois abdominales.

Scanzoni (4) a vu dans deux cas, un kyste multiple se faire jour par l'*ombilic* chez une malade, la rupture se renouvela sept à huit fois dans le cours d'une année. Seymour (5) rapporte deux faits, l'un d'après Mead où il y eut guérison, et l'autre d'après Lowck, suivi d'un soulagement passager. Le malade dont Magnus Huss rapporte l'observation (6) succomba. West a vu une fistule ombilicale s'établir et vider à plusieurs reprises une partie du contenu d'un kyste qui ne guérit pas pour cela, car la fistule s'oblitéra (7). — Une femme atteinte de kyste ovarique vit se produire à l'ombilic une petite tumeur qui s'ouvrit, dont l'ouverture resta fistuleuse quelque temps, et se ferma ; puis survinrent une grossesse et un accouchement heureux. La tumeur ombilicale reparut après, s'ouvrit de nouveau et la malade finit par guérir radicalement (8).

On a vu également un kyste s'ouvrir par *l'aîne* et guérir (9).

b) ***Issue par la trompe***, d'où écoulement dans l'utérus et le vagin. Chéreau en a même observé trois cas où il n'y avait perforation d'aucun de ces organes (10). West a vu l'évacuation se faire par la trompe (11). — Au

(1) *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1852, p. 202.

(2) *Kyste pileux de l'ovaire compliqué d'une fistule urinaire vésico-abdominale et d'un calcul dans la vessie.* Paris, 1846. — *Archives gén. de méd.*, 1842, t. XV, p. 510.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*, p. 587.

(5) *Loc. cit.*, pp. 52 et 53.

(6) *Archives gén. de méd.*, 1857, t. X, p. 17.

(7) *Loc. cit.*, p. 612.

(8) *Annuaire de thérapeutique*, 1845.

(9) MONRO, *Ess. d'Edinb.*, t. VI, p. 409.

(10) *Loc. cit.*, p. 394 et suiv.

(11) *Med. chir. Monatschr.*, *u. z. w.*, von F. E. FRIEDRICH, u. z. w. 1861, t. I, p. 185.

reste le kyste peut s'aboucher directement avec la trompe et ne former qu'une cavité : la trompe se dilate alors considérablement (1), c'est de cette façon encore qu'on a pu observer un écoulement aqueux s'opérer chaque semaine par le vagin (2). Morgagni (3), Franck (4), Boivin et Dugès (5) rapportent également des exemples de cette singulière évacuation du kyste ovàrique, et c'est aussi de cette façon qu'il faut entendre les deux observations d'*hydrops ovariorum profluens* rapportées par E. Blasius : l'une des malades guérit, et l'autre mourut intercurremment du choléra (6).

c) *Issue par les voies digestives.* — 1° Un kyste qui s'était d'abord ouvert dans l'iléon s'ouvrit plus tard dans l'estomac (7). Une observation analogue est rapportée par Bourdet (8).

Les vomissements de matières semblables au contenu du kyste doivent s'expliquer par métastase, s'il faut en croire Emery (9) qui en rapporte un fait et s'appuie en outre sur ceux qu'a relatés Ribes (10) à la Société médicale d'émulation.

Louyer-Villermé cite le cas d'une hydropique qui, lorsqu'elle tardait à se faire la ponction (elle la pratiquait elle-même et en avait subi plus de cinq cents) évacuait le liquide en partie par des vomissements (11).

2° Cruveilhier a vu un petit kyste communiquer avec l'*intestin grèle* par un trajet fistuleux (12). Cóssy a vu également pareille communication avec engouement de l'intestin (13) et on peut voir au Muséum de Guy's Hospital une préparation qui la démontre à la partie supérieure d'un kyste.

(1) Adolphe Richard, 5 observ. — Voyez aussi Hennig, *Monatschr. f. Geburtsk.*, aug. 1862.
(2) Société obstétricale d'Edimbourg, 1862.
(3) *De sedibus et causis morborum*, litt. 2.
(4) *De curand. morb. hum.*, lib. VI, p. 1.
(5) *Loc. cit.*
(6) *Allgemeine med. Zeitung*, octobre 1834, n°ˢ 87, 88.
(7) Ollenroth, in *Compendium*. Bruxelles, t. III, p. 628.
(8) *Union médicale*, t. IV, n° 125.
(9) Académie royale de médecine, section de chirurgie. Séance du 13 novembre 1827.
(10) *Archives gén. de méd.*, t. XV, 1827, p. 616.
(11) Acad. royale de méd. Séance du 24 juin 1828, et *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVII, p. 457.
(12) In Becquerel, *loc. cit.*, t. II, p. 243. — Voyez aussi Seymour, *Illustrat.*, etc., p. 55.
(13) Maunoir, *loc. cit.*, p. 32.

3° Dans le côlon, ainsi que l'ont vu Bright (1), Tavignot (2), Monro (3), Neumann (4), West (5), Lumpe (6).

4° *Le cœcum.* — Hipp. Bourdon cite des observations (7), et Bright (8), a vu un kyste contracter des adhérences avec le cœcum, l'intestin grêle et l'arc du côlon : il y avait communication avec le cœcum au milieu des adhérences : en deux ans la tumeur avait paru et disparu deux fois; il y avait tympanite partout, sauf dans la région inférieure.

5° *Le rectum.* — Scanzoni (9), dans le service de Hamernjk, à Prague, observa deux malades dont l'une vit à plusieurs reprises son kyste se rompre par le rectum avec écoulement considérable de liquide : chez l'autre, la rupture s'opéra pendant l'accouchement. Camus, en 1833, présenta à la Société anatomique deux kystes ovariques qui communiquaient avec le rectum et qui renfermaient des matières fécales (10); on peut trouver des exemples de cette communication dans Denman (11) et West (12); un journal américain (13) relate également un fait de guérison par cette voie. La malade qui fait le sujet de l'observation de Virchow mourut de fièvre hectique (14), le docteur Sacré a rapporté aussi un exemple de guérison opérée de cette façon (15).

(1) *Loc. cit.*, cas 13e.
(2) *Loc. cit.*, 2e obs., service de Récamier.
(3) *Loc. cit.*, p. 773.
(4) *Med. and phys. Journal*, t. II, p. 20. — Bluff, in *Abeille*, 1838, p. 248.
(5) *Med. chir. Monatschrift, u. z. w.*, von F. E. Friedrich, u. z. w., I Bd, 1861, p. 185.
(6) *Zeitschrift der Gesellschaft der Ærzte zu Wien*, n° 22, 1858.
(7) *Revue médicale*, juillet 1841.
(8) Maunoir, *loc. cit.*, p. 32.
(9) *Loc. cit.*, p. 387.
(10) H. Bourdon, *loc. cit.*
(11) *Med. and phys. Journal*, vol. II, p. 30. — *Midwifery*, p. 84. — Churchill, *loc. cit.*, p. 613. Boivin et Dugès, *loc. cit.*, t. II, p. 236. Bruxelles.
(12) *Loc. cit.*, p. 611.
(13) *Philadelph. med. Examin.*, août 1847.
(14) *Monatschrift f. Geburtsk.*, marz 1859.
(15) *Journal de méd., de chir. et de pharm.*, de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, IL° volume, p, 430, 1869.

d) *Issue par le vagin.* — Neumann (1), Monro (2), Bauchet (3), Mme Boivin (4) Weitenkampff (5) en ont observé des exemples.

Ch. West (6) affirme l'avoir observé une fois sur les quatre-vingt-quatorze cas de kystes ovariques qu'il a rencontrés : il croit à une communication du kyste avec la trompe de Fallope sans pouvoir trop s'expliquer le processus qui l'a provoquée : il la considère cependant plutôt comme physiologique que comme pathologique.

Le travail de Meissner (7) renferme beaucoup de faits de ce genre. Le docteur Robertson rapporte (8) également deux faits où il croit pouvoir affirmer qu'il y avait communication avec les trompes : la première malade mourut de phthisie pulmonaire comme celle de Bartscher (9) et l'autopsie permit de reconnaître cette communication avec la trompe; dans le second cas, la guérison se maintenait encore au moment de la publication du fait.

Porter a vu guérir un kyste ovarique par son ouverture spontanée dans le vagin (10). — Une femme de 37 ans, dans le service de Briquet (11) a vu, après semblable évacuation, son kyste se reproduire au bout de six mois, la tumeur s'était rompue pendant le sommeil de la malade.

Scanzoni dit n'avoir jamais vu la rupture des kystes s'opérer par le cul-de-sac vaginal (12).

Jaczenky cependant a vu s'ouvrir au fond du cul-de-sac postérieur, un

(1) *Revue méd.*, 1838, p. 42.

(2) *Essais d'Edimbourg*. Paris, 1810, t. VI, p. 397. Il y eut récidive et mort plus tard.

(3) In Boinet, *Maladies des ovaires*, p. 123.

(4) *Recherches sur l'avortement*. Paris, 1828, pp. 103 et 132. Deux cas, dont l'un de guérison et l'autre suivi de récidive.

(5) *Encyclographie des sciences méd.*, 1836, p. 342.

(6) *Loc. cit.*, p. 610.

(7) *Frauenkrankheiten*, vol. II, p. 318.

(8) *The Lancet.* — *Encyclographie des sciences méd.*, 1852, t. CCXLIII, p. 236.

(9) Dont la guérison s'était maintenue trois ans (*Monatschrift f. Geburtsk.*, t. VI, p. 5, 1855).

(10) *Gazette des hôpitaux*, 1838, n° 108. — *Enc. des sciences méd.*, 1838, t. XXXIV, 2e série, p. 226.

(11) Observation rapportée par Dolbeau, *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 777. — *Annales de méd. et de chirurgie pratiques*, 1857, p. 225.

(12) *Loc. cit.*, p. 387.

kyste dermoïde qui s'était abcédé (1), on y découvrit un corps dur qui avait beaucoup gêné le mari de la patiente pendant le coït et avait également excorié la joue de son dernier enfant pendant l'accouchement : c'était un os garni de deux molaires et de deux incisives : on arracha les dents, mais il fut impossible d'extraire l'os qui les supportait.

Gosselin, qui a rencontré un cas de terminaison par suppuration et ouverture dans le vagin, a noté en même temps un inconvénient grave, c'est qu'il reste dans la cavité abdominale des poches kystiques dont les parois s'épaississent, augmentent de volume et deviennent de véritables corps étrangers pour le péritoine qu'elles irritent en faisant naître de l'ascite qui se reproduit incessamment. C'est ainsi que Gosselin ponctionnait, pour la quarante-neuvième fois, l'ascite de la femme qu'il observait dans son service (2).

Luschka a relaté une observation de rupture de vagin avec prolapsus d'un kyste ovarique (3) et Bourgeois, d'Etampes (4), a observé un kyste terminé par suppuration se faire jour par la cloison recto-vaginale, partie dans chacun de ces conduits; il ouvrit la tumeur par le vagin et eut le bonheur de guérir sa malade. — Le docteur Buys, de Bruxelles, connaît une dame dont la tumeur disparaissait subitement au bout d'un certain temps pour se reformer lentement : elle communiquait avec le vagin par un trajet fistuleux. Ce phénomène a duré de longues années : aujourd'hui, que cette dame est vieille, la tumeur existe toujours, d'un petit volume, et ne paraît plus montrer de tendance à se développer (5).

e) ***Issue par la vessie.*** — H. Bennett a vu guérir radicalement en quinze jours une domestique de 25 ans, affligée d'un kyste de l'ovaire gauche, à la faveur de cette communication (6). Une observation analogue de guérison,

(1) Lebert, *Beobacht. und klinische Bemerk. über Dermoïdcyst.*, 1858, t. IV, p. 25. — *Arch. gén. de méd.*, 1859, 5e série, t. XIII, p. 232.

(2) *Union médicale*, 1869, p. 602.

(3) *Monatschr. für Geburtsk. und Frauenkrank.* April 1867.

(4) *Bulletin gén. de thérapeut. méd. et chirurg.*, t. XXI, 1841, p. 186.

(5) *Journal de méd., de chir. et de pharm.*, de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, XLIXe volume, p. 431, 1869.

(6) *Clinique* de Cruveilhier. *Union méd.*, 1849, IIIe volume, no 3, p. 91, tiré d'*Edinb. Monthly Journal*, février 1849. — *Bullet. gén. de thérap. méd. et chirurg.*, 1849, t. XXXVI, p. 235.

empruntée au *Northerly Journal*, est consignée dans le *Bulletin de thérapeutique* (1). Le docteur Thirial a rapporté à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2) un exemple de guérison qui s'était opérée par rupture dans la vessie d'un kyste ovarique qui datait de quinze ans. — Cahen (3), Denman (4), Boivin et Dugès (5), Lisfranc et Emery (6) et Ullrich (7), citent également des faits. On peut lire dans la *Gazette des hôpitaux* (8) une observation curieuse dans laquelle, à la suite d'une chute, il s'établit consécutivement à une péritonite locale, une fistule vésico-kystique permanente empêchant la poche de se remplir.

IV. INFLAMMATION DU KYSTE.

1. L'inflammation de la membrane interne du kyste, dont on rencontre si fréquemment les traces dans les autopsies, peut s'étendre à toute la poche, à l'ovaire ou au péritoine.

2. Cet accident terminal peut être le résultat d'un travail spontané ou d'une opération pratiquée ou tentée : ponction, injection iodée, séton, etc.

3. La propagation de l'inflammation à l'ovaire peut développer une ovarite intense, laquelle peut se terminer par la mort ou aussi par suppuration avec formation de trajets fistuleux communiquant avec divers organes.

Les grands abcès de l'ovaire, cités par les auteurs comme consécutifs à

(1) Tome XXXVI, p. 235, 15 mars 1849.
(2) Séance du 23 octobre 1856.
(3) *Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 51, 1869.
(4) *Med. and phys. Journal*, II, 20.
(5) *Loc. cit.* Paris, II, 537.
(6) *Revue méd.*, 1827, t. I, 362. — Observation lue à l'Académie de médecine, séance du 25 janvier 1827. — *Archives gén. de méd.*, t. XIII, 1827, pp. 293 et 296.
(7) *Spontane Entleerung einer Eierstockcyst. in die Harnblase. — Heilung.* (*Monatschr. für Geb.*, märz 1859.
(8) *Gazette des hôpitaux*, 1864.

des ovarites, paraissent n'être le plus souvent que le résultat d'hydropisies ovariques (1).

4. L'inflammation, en se communiquant au péritoine, développe une péritonite générale ou partielle qui détermine la mort, ainsi que Bright (2) prétend l'avoir vu deux fois ; ce résultat peut aussi être la suite de la rupture de l'abcès dans la cavité de la séreuse abdominale (3), à moins qu'exceptionnellement il n'y ait enkystement par adhérences.

5. On a cependant vu l'oblitération du sac suivre ce travail phlegmasique (4).

6. La suppuration du kyste a fréquemment suivi la ponction (5) : il peut se former des trajets fistuleux dans divers organes, c'est ainsi qu'on a vu l'abcès ovarique s'ouvrir :

1° A travers les parois abdominales, ainsi qu'il résulte par exemple de l'observation communiquée par Murat à l'Académie de chirurgie, en 1753 (6). Dans le fait remarquable du docteur A. Beaupoil (7), un kyste ovarique gauche dont l'éraillure avait à deux reprises allumé de la péritonite qu'on put juguler par un traitement approprié, finit par tomber en suppuration et s'ouvrit par la paroi abdominale : après cinq mois d'accidents divers,

(1) Andral, *Précis d'anatomie pathologique*. Paris, 1829, t. II, p. 705, d'après : Taylor, de Philadelphie, *North-Americ. med. and surg. Journal*, 1826. — Portal, *Anat. méd.* Paris, 1804. — Boivin et Dugès, *Atlas*, pl. XXXIV, *G*, 1833. Paris. — Vater in Haller, *Disput. med.*, t. IV, p. 401. — Callisen et Logger, *loc. cit.*, pp. 11 et 12. — Hubersham, *American méd. Recorder*, t. VI, p. 487. — Hooper, *Morbid. anat. of the hum. uter.*, p. 2. — Cooke, *Case*. — *Med. Gaz.*, 17 janvier 1840. — Baker, J., *St-Louis med. Journ.*, mai, p. 330. — *Jahresbericht*, 1870, p. 574.

(2) *Guy's Hosp. Rep.*, 1838, obs. 12, 14, 15, 17.

(3) Dupuytren. — Piorry, *Bullet. clin. de la Fac. de méd. de Paris*, t. I, p. 108. — Bright, *Cyclopœdia of pract. med.*, t. III, p. 228. — Seymour, *On diseases of the ovaries*, p. 39. — Observation rapportée par Churchill, *loc. cit.*, p. 600. — Négrier, *Rech. sur les ovaires de l'espèce humaine*, Paris, 1840, p. 92, et *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*. Paris, 1858. — Velpeau, *Dict. de méd.* Paris, 1840, t. XXII, p. 572, art. *Ovaire*.

(4) Addison, *Guy's Hosp. Rep.*, n° 1, p. 41.

(5) Patterson, *Philadelph. med. Examiner*, 16 février 1839. — Davies, *Med. Gaz.*, 1839. — Douglas, *ibid.*, 6 décembre 1839. — Crisp, *Ranking's obs.*, n° 1, p. 41.

(6) *Dict. des sc. méd.* Paris, 1819, t. XXXIX, p. 17, art. *Ovaire*.

(7) *Gazette méd. de Paris*, n° 10, 1851.

la femme guérit ; l'auteur attribue cet heureux résultat à l'appétit vorace de la malade, lequel s'était trouvé constamment en antagonisme direct avec la diarrhée ; cet antagonisme était si constant que la diminution de l'un présageait toujours l'augmentation de l'autre et réciproquement.

2° Dans la vessie (1).

3° Le cœcum (2).

4° Le rectum (3).

5° La trompe jusque dans l'utérus (4). Dans une observation rapportée à l'Académie des sciences (5), un kyste stéatomateux abcédé s'était ouvert par la trompe et l'utérus chez une religieuse qui n'avait jamais été réglée.

Kroker cite un cas (6) de suppuration d'un kyste ovarique qui avait contracté des adhérences avec le poumon gauche et le diaphragme, celui-ci était traversé par une partie gangrenée de la tumeur dans un espace grand comme une pièce d'un florin et néanmoins la substance pulmonaire était demeurée intacte.

On peut trouver dans Velpeau (7) de nombreuses observations de la formation de ces trajets, mais leur histoire rentre plutôt dans celle de l'ovarite.

V. TORSION DU PÉDICULE KYSTIQUE.

Ce mode fort curieux de terminaison heureuse pour les kystes ovariques est malheureusement fort rare et en outre fort difficile à provoquer artificiellement : il a pour effet de produire l'étranglement de la tumeur. Le

(1) DENMAN, *Midwifery*, p. 476. — MONTAULT, *Mémoire sur l'ovarite puerpérale* (*Journal hebdomadaire*, 1834, 6e année, vol. I, p. 413). — MAGNUS HUSS, *Cas de maladies rares*, etc. (*Archives gén. de méd.*, 1857, 5e série, t. X, p. 10).

(2) E. NÉLATON, *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 484.

(3) BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*, t. I, p. 124, t. II, p. 259. — NAUCHE, *Mal. de l'utérus*, p. 270, *Maladies propres aux femmes*, p. 373.

(4) CHAMBON, *Traité des maladies des femmes*. Paris, an VII.

(5) An 1700, observation V.

(6) *Ueber die Ursachen der Spontan. Perfor. von ovar. cyst.* Inaug. Dissert. Breslau, 1869.

(7) *Dict. de l'encyclogr. des sc. méd.*, p. 301, art. *Ovaire*.

professeur Klob, à propos du travail de Rokitanski (1) et d'une observation de tumeur qui avait opéré cinq tours de torsion autour de son pédicule, a institué des expériences d'où il résulterait que la réplétion de la vessie et de sa vacuité alternatives provoquèrent ce phénomène.

Rokitanski admet quatre classes de ces faits :

1° Atrophie et division de la trompe par la traction opérée sur l'ovaire.

2° » » » » le tiraillement produit par des pseudo-membranes.

3° Avulsion de la trompe et de l'ovaire correspondant par le tiraillement dû à des pseudo-membranes.

4° Etranglement de la trompe et de l'ovaire par enroulement autour de leur axe.

Turner, d'Edimbourg, a publié un cas qui se rapporte à la troisième classe de Rokitanski (2) et Hardy un fait de rupture de la tumeur par étranglement du pédicule produit par les intestins (4).

Tait (3) dans l'autopsie d'une femme qu'il avait opérée d'une hernie crurale et qui mourut sans symptômes bien définis, trouva une petite tumeur ovarique qui s'était gangrenée par torsion de son pédicule long et épais, pas de signes de péritonite, il y avait eu infection putride. Tait a la malencontreuse idée de dévoiler ensuite son ignorance absolue de la littérature médicale allemande, en ajoutant que c'est la première fois qu'on observe pareil fait de torsion du pédicule.

Dans un cas d'hémorrhagie intrà-kystique rapidement mortelle, le docteur Patruban qui le constata à l'autopsie, l'attribue à la torsion du pédicule déterminant la constriction des veines et par suite l'apoplexie : la malade avait fait un faux pas la veille (5).

(1) *Oesterreisch. Zeitschrift*, n° 18, 1865. — *Allgem. Wien mediz. Zeit.*, 1840, n°s 2 à 4. — *Ueber Abschnerung der Tuben und Ovarien und ueber Strangulation der Tetzeren durch Achsendrehung.*

(2) *Edinb. med. Journ.*, 1861.

(3) *Lancet*, april 1845.

(4) *Edinb. med. Journ.*, déc. 1869, p. 505.

(5) *Oesterreich. Zeitschr. f. practische Heilk.*, 1855.

VI. ÉPUISEMENT DE LA MALADE.

1. Une terminaison naturelle, fréquente des kystes ovariques, est la mort par épuisement amenée comme l'expose fort bien Courty (1) :

1° Par la compression de l'intestin, d'où obstruction des matières et arrêt dans la nutrition.

2° Le refoulement du diaphragme, du cœur, des poumons, d'où asphyxie et gêne dans l'hématose.

3° La nutrition du parasite aux dépens de la malade.

4° L'entrave apportée à la circulation par la compression vasculaire, d'où œdème et fièvre hectique.

L'hydropisie générale qu'on observe fréquemment comme acheminement à la mort, aurait pour processus, selon Scanzoni (2), une dégénérescence graisseuse des reins par la compression des gros troncs vasculaires, d'où hypérémie rénale devenant à la fois une vraie inflammation parenchymateuse, puis surviennent l'albuminurie et l'hydropisie. Dans d'autres circonstances enfin, l'urémie suffirait pour amener des épanchements séreux dans le tissu cellulaire sous-cutané, la cavité abdominale et les plèvres : l'œdème pulmonaire même pourrait déterminer la mort.

5° Ajoutons enfin avec Aran (3) l'affaiblissement graduel qu'amènent parfois les ponctions successives par la quantité de liquide dont elles déterminent la déperdition.

2. Burns décrit parfaitement le cortége symptomatique qui se déroule avant la terminaison fatale : amaigrissement, nuits sans sommeil, fièvre, inappétence, dyspnée, douleurs très-vives, etc. (4).

3. Tous les pathologistes ne comprennent pas de la même façon l'influence pernicieuse des kystes de l'ovaire sur l'organisme. Un entraînement physiologique pur et simple, dit Pidoux (5), ne saurait expliquer

(1) *Loc. cit.*, p. 943.
(2) *Loc. cit.*, p. 387.
(3) *Loc. cit.*, p. 1069.
(4) *Principles*, etc. London, 1843, p. 151.
(5) *Note sur les kystes de l'ovaire et leur traitement* (*Union méd.*, 1856, p. 548).

l'état général de ces malades et leur mort : la compression des viscères digestifs et respiratoires l'expliquerait encore moins. Que de fois, ajoute l'auteur, j'ai vu des femmes entraînées par l'hydropisie enkystée de l'ovaire, jusqu'au dernier degré du marasme et de la cachexie séreuse, continuer à manger et à digérer (quant aux premières voies) comme elles l'avaient toujours fait sans vomissements, sans diarrhée, etc., mais sans nutrition, sans digestion interstitielle, cette fonction étant pervertie par la cachexie ovaro-kysteuse. Ce qui prouve l'action générale malsaine des kystes de l'ovaire, ce sont les symptômes d'infection putride intermittente, dessinant des accès d'une véritable fièvre pernicieuse sur le fond de la cachexie ovaro-kysteuse : horripilation, frissons comme si un poison animal venait de s'introduire dans les vaisseaux : puis, chaleur vive avec ou sans délire, souvent avec une langue desséchée, et enfin terminaison de l'accès par sueur ou diarrhée.

VII. TERMINAISONS DES KYSTES DERMOÏDES.

Nous empruntons à l'excellent travail de Marinus (1) l'exposé des terminaisons du *kyste fœtal* proprement dit.

1. Ordinairement il y a rupture suivie de la mort du fœtus, et cela vers le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse ovarique. Cette rupture est subite ou amenée par l'amincissement ou le ramollissement de l'enveloppe fœtale. On observe alors des phénomènes :

1° *Primitifs :* douleurs violentes, puis, après exacerbation de ce symptôme, survient un calme assez complet : le ventre s'affaisse pour augmenter encore de volume avec sensation d'une chaleur douce qui se répand dans la cavité abdominale. La femme pâlit, le pouls faiblit, la syncope survient, les extrémités se refroidissent, une sueur froide couvre tout le corps (hémorrhagie interne le plus souvent mortelle).

2° *Consécutifs.* Si la femme échappe au développement de ces premiers accidents, il y a inflammation du péritoine (contenu épanché dans cette séreuse) : si la femme résiste à cette inflammation, il se forme autour

(1) *Mémoire sur la grossesse extra-utérine*. Bruxelles, 1866, pp. 24-26.

des produits épanchés une sécrétion de lymphe plastique qui se convertit en fausse membrane, d'où kyste nouveau qui englobe le tout, et peut persister indéfiniment ou être tôt ou tard éliminé au dehors.

Le kyste peut persister ainsi dix à onze ans sans altérer la santé : des grossesses peuvent avoir lieu et arriver à terme (1).

2. Élimination du kyste au dehors :

1° Abcès et trajets fistuleux sur divers points de l'abdomen : c'est ce qui est le plus fréquent (2). Linhart, qui en a rassemblé cinq cas, a fixé leur point d'élection en dessous du nombril.

Montgomery a vu un kyste dermoïde se terminer par suppuration et s'ouvrir par l'abdomen, à l'extérieur, avec issue d'une mèche de cheveux (3).

La suppuration des kystes dermoïdes est cependant fait exceptionnel : il en existe à peine quelques observations dans la science : l'observation de Liégeois en fournit un nouvel exemple très-intéressant (4) avec celle de Jaczenky que nous rapportions tout à l'heure. Un bel exemple encore est celui de la veuve Boivin (5), qui a été repris par Marchal de Calvi dans son travail sur les *abcès phlegmoneux intra-pelviens* (6). Il explique ainsi la pathologie de ce fait spécial : kyste pileux, grossesse intercurrente; échauffement des kystes en raison de l'état congestif des organes intra-pelviens pendant la grossesse : suppuration de la tumeur; en se développant, elle gêne à son tour l'utérus et provoque l'accouchement prématuré à huit mois.

2° F. Schuh a vu un kyste dermoïde se vider par l'ombilic et plus tard par l'intestin (7).

3° Issue par le rectum, le vagin, la vessie (8). Un fait de ce genre,

(1) Wilemans, in *Hufeland's Journ.*, mars 1829.

(2) Wess, *Rut's Magaz.*, t. XIX, n° 2. — Dezeimeris, *Journ. des connaiss. méd. chirurg.*

(3) *Dubl. quart. Journ.*, aug. 1846.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 563.

(5) *Recherches sur une des causes*, etc.

(6) *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1844, juillet. Observation XX.

(7) *Ueber die Erkenntniss der Pseudoplasmen*. Wien, 1851, s. 137.

(8) Le Balardani, *Gaz. méd. de Paris*, 23 août 1834. — Cohen, *Casper's Wochenschr.*, 1835. — Petrunti, *Il filiatre sebeziodei*, 1834. — *Lond. méd. Journ.*, nov. 1800. — Morlane, *J. gén. de méd.*, t. XIII. — J. de Rostock, *Ueber die Schwangersch. ausserh. des Gebärm.*, 1803.

c'est-à-dire l'évacuation d'un kyste dermoïde par la vessie et l'urèthre, a été observé par le docteur Morelle, de Gosselies. Le docteur Vidoni rapporte le même fait, qu'il a observé chez une malade de 29 ans, qui guérit trois mois après la rupture (1).

Le docteur Bouchacourt (2), chez un enfant de 5 ans, diagnostiqua un kyste dermoïde par l'issue de poils dans les selles. Boivin et Dugès (3) rapportent le cas d'un kyste ovarique ouvert dans la vessie et qui longtemps laissa sortir des poils avec les urines; puis on a extrait de la vessie un corps gros comme un œuf de poule, offrant à l'une de ses extrémités un lambeau de peau garni de poils, et renfermant un os dans lequel était logé en partie une sorte de dent semblable à une petite molaire. — Suivant Delpech (4) on aurait pu dans un cas constater la communication vésicale au moyen du doigt introduit par l'urèthre.

Lebert, dans son travail (5), rapporte six cas d'évacuation de kystes dermoïdes par la vessie, et Virchow a vu mourir une malade par suite de l'ouverture d'un kyste fœtal par le rectum (6).

Dans une autopsie, Paul Marschall trouva les ovaires réunis en une seule masse cérébriforme ou graisseuse, contenant une quantité extraordinaire de cheveux avec cinq dents : la cavité qui les renfermait communiquait avec la vessie (7).

Seutin, le 11 avril 1838, à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, tailla une femme de 58 ans qui avait été vainement lithotritiée en ville; les calculs ramenés furent reconnus constitués par une dent comme noyau : la femme succomba et l'autopsie démontra une communication entre la vessie et l'ovaire gauche qui renfermait un kyste constitué par des poils, cheveux

(1) *Storia d'un ovarite dextra suppurata, con manifestatione della marcia et di un ciuffo di capelli per la via vesico uretrale* (*Annal. univers.*). Milano, Giugno, n° 65, 1865.

(2) *Deutsche Klin.*, n° 15, 1860.

(3) *Loc. cit.*, p. 225.

(4) *Chirurg. prat.*, t. II, p. 521.

(5) *Beobacht. und klinisch Bemerk. über dermoïd. Cyst. Prager Vierteljahr.*, Bd IV, 1858.

(6) *Monatschr. f. Geburtsk.* März, 1859.

(7) *Journ. compl.*, t. XXXV, p. 183. — *Rev. méd.*, mai 1828. — *Arch. gén. de méd.*, t. XVIII, 1828, p. 283.

et dents : la pièce anatomique préparée par Deroubaix est conservée au Musée. Gluge fit et dessina l'examen microscopique (1).

TITRE HUITIÈME. — COMPLICATIONS DES KYSTES DE L'OVAIRE.

> « L'influence qu'exercent les unes sur les autres les maladies compliquées, est le point le plus important de leur histoire. »
>
> CHOMEL. *Dict. de méd.*, en 18 vol., 1822, t. V, p. 506.

1. Incontestablement, la plus commune est l'ascite : « *Feminis sæpè intumescunt ovaria, cui vitio ascites supervenire solet* » disait F. Hoffmann.

Cette complication vient augmenter les troubles fonctionnels et embarrasser le diagnostic.

Elle existe pour son propre compte avec ses causes ordinaires ou est liée à la présence de la tumeur, soit qu'il y ait compression des vaisseaux veineux du ventre, soit qu'une péritonite se soit développée sous l'influence des causes suivantes :

1° La tumeur se développe rapidement et considérablement ; la tension de l'enveloppe péritonéale donne lieu à des exsudations et communique son travail phlegmasique à la séreuse péritonéale.

2° La rupture des parois du kyste avec épanchement de son contenu dans le péritoine, comme dans l'observation XXXII de Kœberlé (2), où l'ascite était entretenue par des éraillures ou déchirures superficielles de la surface externe de l'une des loges de la tumeur ovarique. — Bennett (3)

(1) *Annales de la Soc. des Sc. méd. et natur. de Bruxelles*, séance du 6 août 1838. — *Bull. méd. belge*, décembre 1838, p. 307. — *Ann. de méd. belge et étrangère*, t. III, p. 199. — GLUGE, *Untersuchungen*. Iéna, 1841, p. 151. *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1870, p. 819, 3e série, t. IV. — Voir aussi le cas de LARREY rapporté plus haut. — Voyez, pour l'issue du contenu des kystes fœtaux par diverses voies : WILEMANS, *J. der practische Heilk.*, mars 1829. — DE CASTILLA, *Schweizerisch. Zeitschr. f. Natur und Heilk.* — F. HUTCHINSON, *Schmidt's Jahrbucher*, 1808.

(2) *Gaz. hebd. de med. et de chirurg.*, 1867, p. 465.

(3) *Edinb. med. Journ.*, 1846, april.

admet que l'ascite provient d'une éraillure de la tumeur due à une abcession locale : il a trouvé au microscope les mêmes éléments dans le liquide intrà et extrà-kystique. Dans le cas de Stilling (1) l'ouverture était nette et ne présentait aucune trace d'inflammation ulcérative antérieure : les deux liquides étaient bien les mêmes, quoiqu'il n'ait pu les examiner au microscope.

L'ouverture peut évidemment aussi se faire de dedans en dehors par une pression intérieure, ce sont même là des cas de guérison spontanée.

3° L'exsudation séreuse continuelle donne lieu à une péritonite chronique sans symptômes bien violents mais qui finissent avec le temps par produire l'ascite.

2. L'ovaire opposé est souvent altéré, siége de squirrhe, de kyste stéatomateux, de tumeur fibreuse.

3. Le même ovaire peut subir des altérations différentes en même temps : c'est ainsi que Dubreuil a relaté le fait d'un cancer encéphaloïde envahissant les deux ovaires, en même temps qu'il y avait hydropisie de l'ovaire gauche.

4. L'ovaire malade, siége d'hydropisie enkystée, peut se trouver *hernié* avant son développement morbide, ainsi qu'il paraîtrait résulter de l'observation de Casati (2) : Une jeune femme de 17 ans, accouchée heureusement, ne vit plus ses règles quatre mois après : malaise général, faiblesse des membres inférieurs, céphalalgie et douleurs dans la région iliaque gauche avec sensation de pesanteur : cinq ans après, dans cette région, apparut une tumeur comme une noix qui s'accrut rapidement jusqu'à gagner le volume d'une tête de fœtus à terme; quelques mois plus tard, fluctuation et communication apparente avec une autre tumeur, ponction et injection iodée, guérison un mois après. Le docteur Nunneley fut un jour appelé à opérer une hernie que l'on croyait étranglée et qu'à l'autopsie on reconnut indemne de toute trace d'inflammation, mais compliquée de la présence d'une tumeur fibro-kystique de l'ovaire de volume con-

(1) *Loc. cit.*, pp. 68 et 69.
(2) L'*Ipocratico* et *Union méd.*, n° 9, 1865. — *Journ. de la Soc. des Sc. méd. et natur. de Bruxelles*, t. XL, p. 156.

sidérable, et enflammée (1). Parker (2) et Œttingen (3), dans une occasion semblable, ont trouvé l'ovaire et sa trompe contenus dans une hernie crurale étranglée.

5. On peut aussi rencontrer une *fausse grossesse ovarique*, compliquant le kyste ovarique : tel est le fait rapporté par Maier (4) d'une femme de 37 ans qui fut ponctionnée par l'abdomen puis incisée par le vagin : la mort survint quinze jours après l'opération.

6. Enfin un kyste séreux peut se trouver compliqué d'un kyste pileux (5).

7. La trompe du côté malade est parfois adhérente au kyste ovarique ou se trouve elle-même distendue par un liquide plus ou moins considérable ainsi qu'il résulte des observations d'Adolphe Richard que nous avons déjà citées.

8. Une des complications les plus redoutables pour le pronostic à porter sur ces tumeurs, consiste dans les adhérences du kyste avec les organes voisins, dont nous avons exposé le mode de formation.

9. Des hernies dans diverses régions de l'abdomen: inguinale, crurale mais surtout ombilicale, peuvent aussi devenir le sujet de préoccupations pendant l'opération de l'ovariotomie.

10. Enfin la complication la plus sérieuse à différents égards, est la grossesse qui vient embarrasser le diagnostic, provoque l'inflammation du kyste par une compression trop énergique et qui, à son tour, influencée par la tumeur, devient l'occasion d'avortement, ce qui est la règle, ou d'un accouchement plein de difficultés et d'accidents; aussi avons-nous cru devoir exposer en un chapitre spécial l'influence réciproque que peuvent déterminer l'un sur l'autre ces deux états.

11. Une remarque bien curieuse, c'est que les affections utérines sont fort rares comme complication des kystes de l'ovaire. Il semble que la

(1) *The med. Times*, 1861, t. II, p. 568.
(2) *New-Yorck med. Times*, 1855. — *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 79.
(3) *Gaz. méd. de Saint-Pétersbourg*, 1869, t. XV, n° 11 et 12, p. 292.
(4) *Med. Annal.*, Bd V, 1840.
(5) Dugès in Boivin et Dugès, t. II, p. 212.

maladie organique absorbe toute la vie morbide de l'appareil génital pour s'épuiser dans la production des tissus et des liquides pathologiques (1). Hemken cependant a observé un cas de kyste ovarique chez une femme de 29 ans, compliqué de polype utérin et de grossesse : l'accouchement fut heureux, il y eut diarrhée, hémorrhagie et accidents digestifs pendant l'état puerpéral : le ventre ayant augmenté de volume encore, on fit la ponction et la patiente mourut (2).

12. La *pneumatose gastro-intestinale*, qui complique parfois les tumeurs ovariques qui ont acquis un grand développement, constitue aussi un des accidents consécutifs les plus sérieux de l'ovariotomie : nous y renvoyons pour ce que nous avons à en dire.

INFLUENCE DES TUMEURS DE L'OVAIRE SUR LA CONCEPTION, LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET L'ÉTAT PUERPÉRAL (3).

I. — 1. La *conception* est aussi peu empêchée par la dégénérescence d'un ovaire que par l'extirpation d'un seul de ces organes. Crouch (4) a vu la conception et l'accouchement s'opérer après l'extirpation d'un ovaire : le même fait s'est présenté à l'observation de beaucoup d'ovariotomistes, ainsi que nous le verrons plus tard.

2. Très-fréquemment un seul ovaire étant malade, l'autre, s'il est resté sain, fonctionne et la menstruation a lieu : il ne doit donc pas être rare que les femmes affligées d'un kyste même volumineux d'un ovaire et menstruées conçoivent. Il en résulte fréquemment aussi des dérangements dans cette fonction : dysménorrhée, aménorrhée, métrorrhagies : de telles anomalies ne s'opposent néanmoins pas à la conception, car pour peu que les règles se montrent une fois, la conception peut avoir lieu.

(1) PIDOUX, *Note sur les kystes de l'ovaire*, etc. (*Union méd.*, 1856, p. 545).

(2) *Memorobilien*, 1863, t. V. — *Med. chir. Monatschr.*, u. z. w., von F.-E. FRIEDRICH und A. VEGEL, 1863, t. II, p. 461.

(3) Nous empruntons en grande partie ce chapitre, à l'excellente thèse du docteur GUSTAVE JETTER, intitulée : *Ueber den Einflüss der Eierstocksgeschwülste auf Conception, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Inaug. Dissert. vorgelegt von Gustave Jetter. Tübingen, 1861.

(4) *Lancet*, 1849, t. I, p. 142.

3. La stérilité fréquente des femmes atteintes d'affection ovarique doit donc reconnaître d'autres causes qu'on trouve dans les modifications pathologiques apportées dans la situation, la forme et le parenchyme de l'utérus par le développement de la tumeur. Ces changements consistent spécialement, ainsi que nous l'avons déjà dit :

1° En un allongement conique du col de la matrice avec rétrécissement de sa capacité qui peut aller jusqu'à son oblitération.

2° Dans la situation plus haute ou plus basse de l'organe allant jusqu'au prolapsus ; l'anté- et la rétroversion comme l'anté- et la rétroflexion ; la déviation des axes utérins.

3° Les péritonites qui en sont la conséquence amènent fréquemment des adhérences avec les autres organes du bassin ou de l'abdomen.

4° Ces anomalies provoquent par elles-mêmes la stérilité et d'autre part amènent de profondes modifications dans le parenchyme de l'utérus, par suite desquelles la réceptivité de l'œuf et son développement ultime peuvent être rendus impossibles.

5° De la même façon les trompes, par leurs rapports anatomiques avec les ovaires et la matrice, subissent des changements mécaniques importants qui se traduisent par le rétrécissement et l'oblitération de leur calibre ; des adhérences péritonéales de leur enveloppe et leur soudure à d'autres organes, d'où causes nombreuses de stérilité.

En résumé, si la menstruation reste plus ou moins régulière et que les changements de situation, de forme et de parenchyme de l'utérus et des trompes n'ont pas atteint un trop haut degré, la grossesse peut avoir lieu en même temps qu'il existe une tumeur ovarique ; mais il est nécessaire qu'un ovaire soit resté sain : dans les cas où l'autopsie de femmes récemment accouchées a fait rencontrer les deux ovaires cancéreux, c'est que le mal s'est porté sur l'ovaire sain, postérieurement à la conception.

II. — 1. Pendant la *grossesse* les tumeurs ovariques acquièrent un développement plus ou moins considérable (1) : par le fait de l'afflux augmenté

(1) LE BÈLE, *Des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1852. — BÜHRING, *Heilung der Eierstockgeschw*. Berlin, 1848. (Cystoïde développé pendant la grossesse, accouchement naturel, puis développement rapide de la tumeur et mort au bout de quatre ans.) — DAY, *Americ. J. N. S.*, 22.

du sang vers les organes génitaux, une congestion s'établit dans l'organe déjà malade. Cet accroissement de volume s'observe principalement dans les kystes séreux, rarement dans les kystes à contenu épais ou le cancer : fréquemment aussi pendant la grossesse, l'ovaire resté sain est envahi par le mal, principalement dans le cas de carcinôme : dans quelques cas, au contraire, on a observé la guérison spontanée de la tumeur pendant la grossesse (1). Le docteur Tirifahy, de Bruxelles, qui a observé un fait pareil, attribue la disparition de la tumeur à deux causes :

1° Au surcroît d'activité survenu dans la matrice, qui peut avoir absorbé à son profit et au profit du germe qu'elle contenait, la dépense que la nature faisait dans l'ovaire qui lui est attenant.

2° A la compression que la matrice, augmentant de volume, aura produite sur le kyste qui se trouvait dans le voisinage (2).

2. Les accidents ordinaires, survenant chez les femmes grosses atteintes de tumeur ovarique, découlent plus spécialement de la grossesse et de la tumeur ovarique elles-mêmes ; ce sont :

1° Développement et distension des parois abdominales.

2° Douleurs dans le bas-ventre.

3° Dérangements dans la miction et la défécation, la digestion (vomissements), la respiration (anhélation, difficulté des mouvements), la circulation (œdème fréquent).

3. On ne rencontre pas ces symptômes dans tous les cas et il n'est pas rare que la présence de la tumeur n'est reconnue que pendant l'accouchement et parfois même après la délivrance (3).

4. Par le développement progressif du kyste, il arrive souvent qu'il y a

(Tumeur fibreuse augmentée du double pendant la grossesse : extirpation après les couches). — LEVER, *Guy's Hosp. Rep.*, s. II, vol. I, p. 36, cas 37 (Développement rapide d'un kyste pendant la grossesse, accouchement naturel, utérus fortement abaissé pendant l'accouchement). — MARTIN, *Mém. de méd.*, p. 293 (Tumeur développée pendant la grossesse, accouchement naturel).

(1) PEDDIE, *Med. Times and Gaz.*, 1849, t. XIX, p. 341.

(2) *Journ. de méd., de chir. et de pharm.*, publié par la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, XLIX° vol., p. 431, 1869.

(3) DEPAUL, qui affirme avoir observé un assez grand nombre de ces cas, a vu assez souvent la femme arriver à terme et accoucher heureusement. Il cite, entre autres, l'exemple d'une femme de Neuilly qu'il accoucha trois fois sans accident (Société de Chirurgie, séance du 14 juin 1871).

rupture de la tumeur, soit spontanée, soit par suite de chocs mécaniques avec écoulement du liquide dans le ventre.

Sur 165 cas de tumeurs ovariques compliquées de grossesse : 9 fois il y eut une ou plusieurs fois rupture de la tumeur; 1 fois l'avortement s'ensuivit (1); 8 fois la grossesse ne fut pas interrompue (2).

5. L'accident le plus redoutable consiste dans l'imminence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, soit par suite de la compression exercée par la tumeur sur la matrice, soit, principalement dans les cas de cancer, par les profondes modifications apportées dans la nutrition et l'innervation.

Dans la statistique des 165 cas rassemblés par Jetter, l'avortement eut lieu 21 fois (3) l'accouchement 15 fois (4); sur les 21 cas d'avortement, il y eut 5 morts.

III. — 1. L'influence des tumeurs ovariques sur l'accouchement diffère d'après les cas :

1° En certains cas elle est nulle, l'accouchement peut se faire rapidement sans aucun obstacle.

(1) Meinhard, *Med. Zeit. Russlands*, 1850, mai.

(2) Tufnell, *Dublin J.*, t. XIII, p. 460. — Michells, *Amer. Jour. of med. sc.*, 1829, v. XXIX (Le kyste se rompit deux fois pendant la quatrième grossesse de la femme). — Clay, *Med. Times*, juillet 1859. — Delpech, *Prager Vierteljahrschr.*, 1858, d'après Lebert (Kyste dermoïde ouvert dans la vessie pendant la grossesse, extraction de la vessie d'une poche remplie de cheveux, guérison). — Enger, *Rhenische Monatschr.*, 1849 (Rupture dans deux grossesses). — Gibson, *Americ. J. N.*, s. XXVIII, p. 269. — Carson, Hirsch, cas 9 (Rupture en deux grossesses, après la seconde rupture guérison entière). — Telford, *The Dubl. quaterl. J.*, mai 1866, p. 453.

(3) (4) Breit (avortement à cinq mois). — Cazeaux, *Bullet. de l'Acad. imp. de méd.*, 1856, pp. 22, 29 (à cinq mois). — Chowne, *Lancet*, 1847, t. I, p. 362 (à six mois; l'enfant vécut quelques jours). — Pereira, *Journ. de méd. de Bordeaux*, octobre 1841 (Deux avortements, un accouchement normal; mort dix-huit jours après ce dernier : kyste dermoïde datant de la jeunesse). — Barlow, *Med. chir. Review*, 1836, t. XXV, s. 365 (à deux ou trois mois, après un accouchement à terme). — Park, *Med. chir. Trans.*, t. V, p. 2, c. 2 (Première grossesse : accouchement naturel; deuxième, troisième, quatrième : avortement; cinquième : accouchement prématuré à sept mois; sixième : incision du kyste : la mère survécut). — Dumond, *Mon. des hôpit.*, t. I, p. 278. — Martin, *Mém. de méd.*, p. 291 (Mort pendant la période puerpérale). — Meinhard, *loc. cit.* (Trois avortements, mort). — Pagenstecher, *Rheinische Monatschr.*, 1849, p. 65 (Un avortement et un accouchement à terme; après l'avortement, le kyste se vida au dehors; à la seconde grossesse, il s'en reconstitua une partie). — Gistren, *Schwed. Annal. der Med.*, von Rudolph, t. I, p. 148 (Avortement : tumeur confondue avec la rétroversion utérine). — Morand, *Mém. de l'Acad. r. de chir.*, t. II, p. 457 (Quatre grossesses, un seul accouchement prématuré dans la dernière). — Tunzley, *Assoc. med. Journ.*, janvier 1851. — Waddy. *Oesterr. Wochenschr.*, 1845.

2° En d'autres, l'accouchement est rendu difficile, plus lent, mais peut cependant encore s'accomplir naturellement.

3° Dans beaucoup de cas cependant, les tumeurs ovariques peuvent produire des accidents très-graves pour la mère et l'enfant.

4° La grossesse fait souvent apparaître la tumeur pour la première fois (1).

5° Elle peut aussi favoriser le développement du kyste (2).

2. Le nombre d'accouchements naturels ne peut être calculé rigoureusement, parce que, en beaucoup de cas, les détails manquent sur l'accouchement. Dans la statistique de Jetter, on compte environ 80 accouchements spontanés (3).

Il faut, dans ces cas, tenir compte de la grosseur, de la situation, mobi-

(1) BRIGHT, *One of the ovaries presented a beautiful specimen of the incipient stage of ovarian dropsy*. Observation avec figure.

(2) GODELIER, *Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, t. XVII. — Voir, à ce sujet, THIBAULT, *Recherches sur l'influence de la grossesse*, etc. (*Rev. méd. chir. de Paris*, 1847).

(3) BREIT (Cinq cas : quatre mères survécurent, une mourut de fièvre puerpérale à la Maternité de Vienne; les cinq enfants vécurent).—HABIT, *II Geburtsh. klin. in Wien* (Kyste dans le bassin). — LANGLEY, *Meissner Frauenkrankh.*, 1845, t. II, p. 319 (La compression de la tumeur avait déterminé une déformation du crâne de l'enfant). — DAVIS, Puchelt, 161 (La femme guérit après avoir souffert la fièvre puerpérale). — MOORMAN, *The Lancet*, 1819, t. II, p. 50 (Trois accouchements spontanés). — PLEISCHL, *Wien. med. Wochenschr.* (La mère survécut). — FREMERY, *Hydrops ligam. uteri* (*Specim. med. inaug.*, 1819). Traject. ad Rhenum, p. 27 (La femme mourut). — *Annal. méd. de la Flandre occidentale* (Mère et enfants survivants; la tumeur se fondit après quelques mois). — GARDIEN, *Traité complet d'accouchements*, t. I, p. 458 (Cinq accouchements heureux). — WEBB, *Pathol. indica*. Calcutta, 1848, p. 290 (Métrorrhagie après l'accouchement et mort). — HAMILTON, *Pract. Bemerk. über geburts. Gegenstände*, p. 36 (Plusieurs cas d'accouchement spontané; en deux cas cure spontanée pendant ou après la grossesse). — SPAETH, *Klin. der Geburtsk.* (Kyste comme un poing : se rétracta pendant l'accouchement). — THOMPSON, *Monthly Journ.*, octobre 1845 (Première grossesse, ponction; deuxième, troisième, quatrième sans les secours de l'art; cinquième, la tumeur s'accrut de nouveau après la grossesse). — BETSCHLER; *Betschler's Annalen*, s. 109 (Tumeur réduite par les efforts de la nature). — ASTWELL. *Krankh. des weiblich. Geschlechts*, von Hölder, s. 74 (La malade se maria malgré le conseil d'Astwell et accoucha heureusement de plusieurs enfants). — HEWLETT, *Med. chir. Trans.*, t. V, 17, 226. — CRUVEILHIER, Puchelt, 164. — LACHAPELLE, *ibid.*, s. 172 (Accouchement prématuré, mort de la mère cinq heures après). — SCHAMBERG, *Prager Vierteljahresb.*, 1858 (Kyste dermoïde : mort de la mère). — WITTKE, *Froriep's Notizen*, 1826, 22, 4. — ROUX, *Bibl. du méd. pratic.* de Fabre, t. I, p. 679. — HUNT, *Lancet*, 1846, janvier. *Schmidt's Jahrbuch.*, t. V, p. 51 (Quatre accouchements; occiput longtemps retenu; cinquième, accouchement prématuré). — ELKINGTON, *Americ. Journ.*, t. XXII, p. 508, c. 2 (Deux accouchements heureux, puis extirpation; un an après, accouchement naturel).

lité, nature et contenu de la tumeur; de la résistance plus ou moins grande que rencontre l'enfant dans le trajet du bassin.

En ce qui concerne le volume de la tumeur, de plus grosses peuvent faire une moindre résistance que de plus petites, même celles comme une tête d'enfant, parce que si elles ne sont pas solidement retenues dans le bassin par des adhérences, elles remontent dans le ventre pendant la grossesse, refoulées qu'elles sont par la dilatation progressive de la matrice et elles ne rétrécissent guère la capacité abdominale, puisqu'elles maintiennent l'utérus abaissé. Les plus petites, qui siégent plus souvent dans le cul-de-sac recto-utérin ne changent pas de position pendant la grossesse, et par conséquent, lorsque l'accouchement arrive, mettent obstacle à l'enfant, sont comprimées de plus en plus dans le petit bassin par l'enfant qui pèse dessus pendant les douleurs et rétrécissent ainsi en raison de leur volume, plus ou moins sérieusement la cavité du bassin (1). Lorsque les tumeurs sont enkystées, leur ponction peut diminuer le rétrécissement qu'elles occasionnent en vidant leur contenu, mais il n'en est plus de même pour les tumeurs solides qui nécessitent presque toujours des opérations plus ou moins graves et difficiles.

IV. — 1. L'accouchement laborieux par le fait de la tumeur, retentit directement et indirectement sur l'*état puerpéral*.

2. Il peut en résulter l'inflammation du péritoine ou celle de la tumeur elle-même.

3. La congestion ovarique qui faisait accroître la tumeur peut persister dans certains cas, l'hyperémie peut aller jusqu'à l'inflammation : le contenu du kyste peut devenir ichoreux, purulent, la paroi peut se crevasser, se fendre, d'où péritonite mortelle par l'écoulement du contenu. — D'autres fois la malade finit par succomber à la fièvre hectique (2).

(1) LUSCHKA (*Monatschr. f. Geburtsk.*, apr. 1866) a vu la tumeur pendant l'accouchement rompre la paroi postérieure du vagin : elle fut maintenue réduite pendant l'application du forceps, et deux jours après évacuée par la ponction et son pédicule lié et coupé : l'accouchée mourut de péritonite au septième jour.

(2) RAMSBOTAM, *Med. chir. Review*, 1832 (Grossesse avec kyste, grande extension du ventre; accouchement sans grands obstacles; ponction, mort). — WEST, *Med. Times and Gaz.*, july 1859 (Accouchement rapide et facile. Inflammation du kyste pendant l'état puerpéral; péritonite et mort).

Dans la statistique de Jetter : 5 fois il y eut rupture dans la cavité abdominale (1).

3 fois issue au dehors par perforation de la paroi abdominale (2).

— Dance in Chereau, *Mal. des ovaires*, p. 171 (Grande perte de sang et avortement sans cause connue, ensuite douleurs abdominales et écoulement de sang; après plusieurs jours, dans le côté droit du bas-ventre se développe une tumeur ronde occasionnant des douleurs horribles; autopsie: kyste du ligament de l'ovaire droit avec inflammation et apoplexie de l'ovaire de ce côté). — Boivin in Baudelocque, *Traité de la péritonite* (Kyste graisseux avec cheveux; péritonite et mort après un accouchement naturel). — Ritter, Hirsch, c. 60 (Ponction du kyste pendant l'état puerpéral; plus tard, extirpation heureuse). — Schuh, *Oesterr. med. Jahrb.*, 1844 (Kyste graisseux, péritonite trois jours après un accouchement heureux; ponction; quantité considérable de pus, issue heureuse). — Lumpe, *Wien. med. Zeitschr.*, 1858, n° 22 (Aggravation des symptômes pendant l'état puerpéral; ponction, guérison). — Semmelweiss, *Wien. med. Wochenschr.*, 1857, t. II, p. 26 (Kyste ovarique avec ascite; éclampsie sept jours après un accouchement heureux; mort). — Voyez encore sur cette question: *Einige Erfahrungen über den Einflüss der Geschw. der weibl. Genitalien auf Schwangersch. und Geburt*, vom Docenten Dr C. Habit, in *Med. chir. Monatschr.*, von F.-E. Friedrich und Dr A. Vegel, 1861, t. I, p. 157, und *Wien. Zeitschr.*, 1860, nos 41, 42.

(1) Thibault, *Bull. de la Soc. anat.*, 1848, p. 158 (Troisième accouchement : tumeur de l'ovaire se revelant dans la fosse iliaque gauche pendant la période des douleurs, accroissement lent sans gêne pour la malade; quatrième grossesse, accouchement sans accidents; trente heures après la délivrance, douleurs, vomissements, péritonite et mort en sept jours; à l'autopsie, rupture à deux places différentes d'un kyste biloculaire. Dans un autre cas, kyste ovarique adhérent à la paroi abdominale, dans laquelle il se développe un phlegmon, et mort douze jours après une délivrance heureuse : l'incision aurait probablement guéri cette femme). — Dettwiller. *Rust's krit. Repertor.* (Mort onze jours après l'accouchement par rupture d'un kyste pileux renfermant des os). — Marchand, *Union méd.*, 1856, p. 131 (Après l'accouchement, rupture du kyste, puis ponction; la femme se rétablit et eut encore des enfants). — Mighells, *Americ. Journ.*, 1829, vol. XXIX (Quatrième accouchement; gros kyste, ponction abdominale; embryotomie rejetée par la mère; expulsion d'un fœtus consommé par les seules forces de la nature; péritonite; après dix jours, expulsion d'un placenta putréfié. Le kyste se remplit de nouveau, ponction et issue d'un liquide épais, fétide; vingt jours après, rupture du kyste et mort (Voir note 3, p. 128)). — Erhardstein, *Med. chir. Review*, 1833, t. IX, p. 242 (Ponction à deux reprises d'un très-gros kyste pendant l'état puerpéral; extirpation dix-huit semaines après l'accouchement; au huitième jour, par la paroi abdominale, évacuation d'un liquide sanguin et de gaz. Guérison complète neuf semaines après.

(2) Anderson, *Edinb. Journ.*, vol. II (Symptômes d'un kyste ovarique pendant la seconde grossesse; accouchement de deux enfants sans grands accidents; pendant une cinquième grossesse, les symptômes du kyste s'accusèrent davantage, mais elle accoucha cependant sans le secours de l'art; le ventre, après l'accouchement, resta distendu comme chez une femme au dernier terme de la grossesse. Après deux mois, ponction et soulagement de quelques mois; la tumeur s'accrut encore, l'ombilic se distendit, la peau abdominale s'enflamma, s'érailla, et il s'écoula beaucoup de pus; cet écoulement dura sept mois; le ventre diminua, mais la femme mourut d'épuisement). — Granville, *Lancet*, 1819, t. II (Inflammation du kyste pendant l'état puerpéral; écoulement d'une grande quantité de pus; oblitération de la tumeur et guérison). — Pagenstecher, *Rheinische Monatschr.*, 1819, p. 65 (Voir notes précédentes, II (3) et (4)).

2 fois issue par le rectum (1).
2 fois issue par la vessie (2).
1 fois issue par le vagin (3).

TITRE NEUVIÈME. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Notabilis hydropis species quæ ovaria mulierum sæpè occupat, difficulter cognoscitur et vix sine inciso cadavere.
BOERHAAVE. *Aphorismes*, § 1223. De cognos. et cur. morb.

1. Nous avons, en exposant les symptômes objectifs, établi le diagnostic direct, absolu de la tumeur kystique, mais il s'en faut de beaucoup que le rôle du praticien se borne à ce premier examen. Il aura pu de cette façon s'assurer que dans le bassin ou l'abdomen, il existe une tumeur offrant tous les caractères attribués à l'hydropisie enkystée de l'ovaire, mais la partie la plus ardue, la plus délicate du diagnostic est encore à faire : il doit distinguer soigneusement, sous peine de s'exposer aux plus cruels mécomptes, les différentes affections qui peuvent simuler la tumeur qu'il croit avoir reconnue et qui la simulent parfois au point de mettre en défaut la perspicacité clinique des plus grands maîtres en semblable matière, ainsi

(1) FRASER, *Med. chir. Review*, t. LI, 1844 (Six mois après l'état puerpéral et avec les mêmes symptômes d'une péritonite, se dévoila un kyste de l'ovaire, d'où il fut retiré trois onces de liquide trois semaines après son début; légère amélioration; accroissement nouveau de la tumeur; symptômes généraux graves; ponction et six semaines après accouchement prématuré à quatre mois. Les accidents augmentèrent : quatorze jours environ après, rupture du kyste dans l'intestin d'où il sortit une grande quantité de matière épaisse et infecte; cet écoulement dura trois à quatre semaines. Au moment de l'observation, on sentait encore le reste de la tumeur et les symptômes généraux s'amélioraient). — MARTIN, *Ueber die Eierstockswassersuchten*. Iéna, 1852, p. 35 (Après un accouchement heureux, évacuation du kyste par le rectum et guérison).

(2) BENNETT, *Monthly Journ.*, 1849 (Après l'état puerpéral, ouverture du kyste dans la vessie et guérison). — HAMBLIN in LEBERT, *Dermoïdcysten* (Mort vingt-deux jours après la délivrance; autopsie; communication de la vessie et d'un kyste pileux. Dans ce même article, deux cas, l'un de Carus et l'autre du Museum de Boston, où l'on trouve des kystes dermoïdes à l'autopsie de femmes en couches).

(3) HERBINIAUX, *Traité sur divers accouchements laborieux*, t. I, p. 297 (Pendant l'état puerpéral, ulcération de la paroi kystique et vaginale avec évacuation du contenu par le vagin; la malade accoucha plus tard sans les secours de l'art).

qu'il nous arrivera d'en citer des exemples daus le cours de ce travail.

2. Est-ce à dire que nous en soyons encore réduits à la négation absolue et désespérante qu'affirmait Boerhaave sur ce point de la science? Si nous avons pris son aphorisme pour épigraphe de ce chapitre, c'est que nous avons voulu attirer l'attention sur les difficultés et non l'impossibilité de poser ce diagnostic important. Grâce aux progrès de la science moderne, nous sommes heureusement loin de ce vague regrettable dont se désolait l'hippocrate hollandais (1), et si de loin en loin les annales de la médecine enregistrent encore des erreurs déplorables, il faut le dire hautement : aujourd'hui, surtout à la faveur de l'impulsion communiquée à l'étude intéressante de ces tumeurs par l'intronisation si hardie mais en même temps si heureuse de l'une des plus grandes opérations chirurgicales : l'*ovariotomie*, on est parvenu à une précision rigoureuse et quasi mathématique dans l'appréciation des éléments qui servent à asseoir le diagnostic des kystes de l'ovaire.

3. Il ne faut pas se le dissimuler néanmoins, pour arriver à ce résultat il est nécessaire que le praticien examine sa malade armé de toutes pièces si on peut le dire : il doit posséder à fond les allures des affections abdominales et ne se laisser entraîner par aucune idée préconçue : il doit en un mot s'entourer de toutes les garanties que les travaux modernes mettent à sa disposition pour un examen aussi difficile.

4. Nous avons laissé le praticien au moment où, après constatation des symptômes objectifs, il a tout lieu de supposer l'existence d'un kyste de l'ovaire. Voyons maintenant quelles sont les affections avec lesquelles il est exposé à les confondre, en tenant lieu surtout du volume de la tumeur, de sa situation et de ses rapports.

CHAPITRE PREMIER.

LA TUMEUR EST D'UN PETIT VOLUME ET SITUÉE DANS LA CAVITÉ PELVIENNE.

1. Est-elle oui ou non séparable de la matrice? Tel est le premier point qu'il importe d'élucider.

(1) Et que partageaient BREZELIUS (*Ephem. Germ.*, déc. 2, ann. 10) et TARGIONI, p. 41 et 81, *loc. cit.*

2. Les mouvements imprimés à l'utérus par le vagin ne se communiquent pas à la tumeur que l'on a palpée dans le bassin, celle-ci jouit souvent d'une telle mobilité qu'on peut la faire glisser facilement dans l'abdomen.

Avec ces signes il est permis d'établir que la tumeur ne fait pas corps avec l'utérus (1).

ARTICLE PREMIER. — TUMEUR SÉPARABLE DE L'UTÉRUS.

1. *Ovaire enflammé.*

1. Dans l'ovarite, le développement est aigu, s'accompagne de douleurs vives persistant même dans l'état chronique.

Il y a symptômes généraux graves avec exacerbation aux époques menstruelles.

L'ovarite est souvent double, ce que conteste Scanzoni (2). Dans tous les cas, l'un ovaire est toujours plus malade que l'autre, d'après Courty (3).

Les antécédents doivent également être consultés, la blennorrhagie étant une des causes fréquentes de cette affection (4).

2. L'ovaire, proportionnellement petit, se retrouve dans le cul-de-sac recto-vaginal où il est tombé, ou sur les plis de Douglas (5).

Au toucher, l'utérus a perdu une partie de sa mobilité, les mouvements qu'on lui imprime sont excessivement douloureux : les sphincters vaginaux sont également très-douloureux à franchir, le vagin participe à l'inflammation de l'annexe utérin (6).

2. *Épanchement solidifié dans les replis du péritoine.*

1. C'est un état pathologique auquel pourrait faire penser une tumeur ovarique s'accompagnant dans son premier développement de phénomènes inflammatoires, mais :

(1) PIORRY, *Traité du diagnostic*, t. II, p. 567.

(2) *Loc. cit.*, p. 341.

(3) *Id.*, p. 509.

(4) RICORD, *OEuvr. compl.* de John Hunter. Addition au *Trait. de la syphil.*, t. II, p. 237, Paris, 1843. — BOURRAUD, *De l'ovar. blenn.* Paris, 1847. Thèse. — BERNUTZ, *loc. cit.*, pp. 101, 140.

(5) COURTY, *loc. cit.*, pp. 936-941. — V. aussi CHÉREAU, *Mal. des ovaires*, 1er mém., p. 175.

(6) V. GALLARD, *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 329 et passim.

2. Cet épanchement ne s'observe guère que pendant les couches ; s'accompagne toujours de violents symptômes inflammatoires, de vives douleurs, de fièvre intense ; il s'effectue et siége autour de l'utérus, particulièrement dans l'épaisseur des ligaments larges ; il constitue une tumeur plus aplatie, plus étendue, à contours moins nets que la tumeur ovarique ; refoule en se développant le péritoine pelvien en haut, s'enkyste et après un état demeuré stationnaire pendant quelque temps, diminue, durcit par un travail d'organisation, devient fibreux, comme lardacé, cartilagineux même.

3. Quand cet épanchement survient après les couches, comme c'est le plus ordinaire, le pus ressemble plutôt à de la sérosité purulente qu'à du pus phlegmoneux ; souvent l'odeur en est fétide (voisinage du rectum) ou fortement alliacée (1).

4. Fréquemment aussi, lorsqu'il y a phlegmon dans le voisinage de l'utérus, il y a comme symptômes précurseurs ceux de l'inflammation de cet organe (2).

5. Dans le kyste ovarique, l'âge de la malade est plus fréquemment avancé; il y a eu des désordres menstruels depuis un temps plus ou moins long, les douleurs et les symptômes inflammatoires sont fort rares : le développement s'est fait dans un côté de l'abdomen avant de se rapprocher de la ligne médiane, la tumeur jouit d'une certaine mobilité, est de forme arrondie ou légèrement pyriforme, est molle et élastique malgré son petit volume et a un développement très-rapide, s'effectuant pour ainsi dire sous les yeux du médecin (3).

3. Collection séreuse du petit bassin due à une métro-péritonite non puerpérale.

1. On pourrait au premier abord la confondre avec un kyste ovarique peu volumineux et enflammé (4). Dans le cas de ces collections, le col utérin n'offre rien à noter, la paroi postérieure du vagin, repoussée en avant,

(1) BOURDON, *loc. cit.*

(2) PIOLAY, Thèse inaugurale. — NAUCHE, *Malad. de la matrice.*

(3) V. SCANZONI, *loc. cit.*, p. 376.

(4) DEMARQUAY, *Mémoire sur les collections séreuses du petit bassin liées à une métro-péritonite non puerpérale*, ou mieux : *De la pelvi-péritonite séreuse*, pp. 7 et 11.

est appliquée contre l'antérieure par une tumeur arrondie, dure, non bosselée, occupant la ligne médiane et fluctuante. Par le rectum on rencontre la même tumeur refoulant en arrière la paroi antérieure de ce canal.

2. Mais les tumeurs kystiques se développent lentement, occupent une des parties latérales du bassin à leur début, et quand elles s'enflamment, ce qui d'ailleurs est très-rare avant qu'elles aient acquis un volume assez considérable, elles donnent lieu à des accidents d'infection putride ou purulente.

4. *Pelvi-péritonites.*

1. On peut les distinguer de l'inflammation du kyste de l'ovaire et du péritoine circonvoisin, laquelle donne lieu à des symptômes semblables, mais de moindre intensité que ceux que présente, après une ponction, un kyste devenu le siége d'un travail inflammatoire souvent mortel.

2. Il y a dans ce cas tumeur hypogastrique douloureuse, faisant une saillie douloureuse également dans le vagin et le rectum avec les symptômes d'une pelvi-péritonite, c'est-à-dire d'une inflammation peu grave et récente de la séreuse du bassin, avec troubles plus ou moins marqués et plus ou moins anciens des organes génitaux.

3. On trouve alors, enchâssée dans l'induration péri-utérine qui résulte de l'inflammation du péritoine, une tumeur obscurément fluctuante, à caractères assez tranchés pour reconnaître que les accidents aigus dont souffre la malade sont dus, comme point de départ, à l'inflammation d'un kyste de l'ovaire, malgré que ce soit rare.

4. Ces caractères sont : 1° Siége de la tumeur antéro-latéral par rapport à l'utérus, ce qui est le siége le plus fréquent des kystes ovariques, tandis qu'il est exceptionnel pour les tuméfactions dues aux orchites féminines.

2° Déviation toute particulière imprimée à la matrice par cette tumeur.

3° Sa forme régulièrement globuleuse, la position qu'elle vient occuper dans l'abdomen, sa rénittence obscurément fluctuante spéciale aux kystes.

4° Puis : bénignité relative des accidents de la péritonite comparée au volume (considéré par rapport au début des douleurs) que présente cette tumeur dont une partie seulement offre, au toucher vaginal, les caractères des indurations péritonéales, tandis qu'au contraire de celles-ci, existe la base du kyste avec sa rénitence spéciale et qui est plus douloureuse que la tuméfaction périphérique.

5° Persistance du volume du kyste qui reste sensiblement le même non-seulement par l'accroissement, mais aussi pendant la résorption des produits de l'inflammation de la séreuse pelvienne.

6° La persistance des autres caractères de ce kyste qui, sauf la disparition de la douleur dont il est le siége, ne se modifient pas malgré l'amendement de la péritonite.

5. S'il y a terminaison par suppuration, on observe les symptômes d'une suppuration profonde, devenant plus ou moins promptement funeste ou, après beaucoup de péripéties, amenant la guérison radicale du kyste : ces faits sont excessivement rares et faciles à diagnostiquer, lorsqu'on réfléchit que cela ne s'applique qu'aux kystes simples primitivement séreux. Il n'y a donc pas à les confondre avec les pelvi-péritonites suppurées, comme l'a fait Nonat (1).

6. Le docteur Camus (2) est parvenu à poser un diagnostic précis pour un cas de ce genre, en s'aidant des commémoratifs, du développement rapide de la tumeur, de son point de départ reconnu ; par la position du col utérin et le toucher tant rectal que vaginal. Il rappelle à ce sujet le fait de Nauche (*Mal. de l'utérus*) et celui de Paul Dubois (Boivin et Dugès) où l'ouverture d'une tumeur ovarique considérable se fit par le rectum et amena la mort par épuisement, fièvre putride, etc. Il conclut à ce que l'évacuation par le vagin soit désirée ou pratiquée dans ces cas, à cause du moins d'inconvénients qu'elle offre : par le rectum, les matières fécales peuvent s'introduire dans la poche, etc.

(1) *Malad. de l'utérus*, observ. XLVIII, p. 783. — V. Bernutz et Goupil, *Clin. méd. sur les maladies des femmes*, t. II, pp. 386 à 397.

(2) *Mém. sur une tum. purul. volum. sit. entre le rect. et la matr.*, lu à la Société médicale de Paris. (*Revue méd.*, juillet 1838, et *Ann. de méd. belge et étrang.*, t. III, 1838, p. 150.)

7. Bourdon (1) rapporte des faits de la clinique d'Andral où l'on prit pour un kyste ovarique : 1° une collection purulente produite au sein du péritoine et interposée entre le rectum et l'utérus d'une part, et d'autre part (à gauche) dépassant latéralement ces deux organes, mais cachée par le ligament large : l'utérus, l'ovaire et la vessie étaient sains.

2° Une vaste poche purulente s'élevant de plusieurs doigts au-dessus du pubis et faisant surtout saillie vers la région iliaque droite : les ovaires étaient sains.

3° Dans une troisième observation, on trouva à l'autopsie :

a) Derrière l'utérus et à gauche du rectum refoulé à droite, une poche grosse comme une orange et remplie de pus verdâtre, inodore.

b) A la gauche de cette tumeur l'ovaire était transformé en poche pleine de pus et grosse comme une pomme d'api.

c) D'un des points de contact de ces deux tumeurs précédentes, s'élevait une troisième tumeur à parois minces, transparentes, remplie de sérosité.

8. Généralement les abcès du bassin, comme ceux du psoas, se montrent chez les femmes d'un tempérament strumeux ou après un coup, un accident : ils sont précédés par des troubles généraux résultant d'une fièvre inflammatoire : pouls rapide, peau chaude, perte d'appétit, diminution des sécrétions, frissons et des signes locaux comme fluctuation obscure, battements, douleur à la pression (2).

9. Les kystes de l'ovaire de mauvais caractère que Bright (3) rapprochait des tumeurs cancéreuses sont quelquefois atteints d'accidents aigus temporaires, mais pour lesquels il n'y a pas confusion possible.

5. *Kystes hydatiques du petit bassin.*

1. On peut n'en rencontrer qu'un seul (4) bien que Charcot (5) ait admis comme règle la multiplicité de ces tumeurs.

(1) *Loc. cit.* (*Revue méd.*, juillet 1840.)
(2) LABALBARY, *loc. cit.*, p. 48.
(3) *Loc. cit.*, 4e espèce, et *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. III, p. 226.
(4) BERNUTZ et GOUPIL, *loc. cit.*, obs. XLVIII, p. 291, t. I.
(5) *Mém. sur les kystes hydatiques du petit bassin* (*Gaz. méd. de Paris*, 1852, n° 33).

2. Le début et les progrès de ces kystes, comme de ceux de toute autre région, peuvent rester complètement ignorés des malades, jusqu'au moment où il y a travail inflammatoire. En ce cas ils acquièrent une dureté de plus en plus grande par la distension dont ils sont le siége.

3. Le frémissement dit *vibratoire* n'a été noté qu'une fois dans les observations rassemblées par Charcot.

4. Les organes génitaux sont refoulés latéralement par le kyste hydatique et en même temps aplatis d'avant en arrière contre la face postérieure de la branche horizontale d'un des pubis : aussi paraissent-ils alors non-seulement indépendants de la tumeur qui les comprime, mais avoir diminué de volume ou du moins avoir conservé leur volume normal : de là et particulièrement de l'aplatissement excessif d'un des ligaments larges, il résulte que la tumeur hydatique, lorsqu'elle est médio-latérale, après avoir rempli une partie du cul-de-sac postérieur du vagin ou un cul-de-sac latéral tout entier, vient au moment où elle émerge dans l'abdomen pour se placer sur le même plan, puis sur un plan antérieur à la face utérine, en repoussant alors les parois abdominales devant elles.

5. D'après le mode de développement que nous venons d'indiquer, on comprend combien il serait difficile de distinguer le kyste hydatique du petit bassin du kyste hydatique de l'ovaire abaissé et adhérent dans la cavité pelvienne. La seule époque où l'on pourrait peut-être les distinguer est celle où le kyste hydatique de l'ovaire, n'ayant pas encore contracté d'adhérences, serait mobile, réductible, éloigné du doigt, susceptible de changer de position dans les diverses attitudes de la malade. Aussi Charcot préfère-t-il douter, que d'admettre avec Cruveilhier qu'une tumeur hydatique *irréductible*, saillante dans le vagin, doit appartenir à l'ovaire. Les observations de Park (1), celles de Charcot (2) de Cruveilhier, de Roux (3) de Mme Boivin (4) qu'on peut toutes lire dans le travail de Charcot, ne sont guère concluantes sous ce rapport.

(1) *Trans. med. chir.*, de Londres, pour 1817. Observation sur les tumeurs de l'excavation pelvienne qui peuvent rendre l'accouchement difficile.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Clinique des hôpitaux*, t. II, n° 46.

(4) *Revue méd.*, 1838.

6. Ces kystes hydatiques peuvent être simples ou multiples, et accompagnés de kystes semblables siégeant dans d'autres parties du corps ainsi qu'il résulte de l'observation de Barre (1).

7. Les tumeurs hydatiques ont une grande consistance, au point que souvent elles ont été prises pour des tumeurs solides (2). C'est ainsi que Roux (3) pratiqua une incision vaginale pour extraire une tumeur solide qui n'était autre qu'un kyste acéphalocyste qu'il évacua : la femme guérit.

8. Elles ont une situation sous-péritonéale et une connexion intime avec le tissu cellulaire dans lequel elles se sont développées, de sorte qu'au toucher, elles paraissent faire corps avec l'enceinte osseuse de la moitié latérale du détroit et paraissent à la palpation abdominale être une immense *bombure* de la fosse iliaque.

9. Elles sont d'une immobilité complète (4).

6. Hématocèle récente.

1. Elle se différentie du kyste ovarique, 1° En se basant sur les commémoratifs. Il y a eu développement soudain, souvent après la suppression des règles ou après des excès conjugaux : symptômes des hémorrhagies internes : douleurs atroces au début ; un peu plus tard symptômes de péritonite : douleurs et volume diminuant insensiblement ; dureté succédant à la mollesse.

2° La sensation tactile toute différente donnée par le kyste séreux.

3° Le siége de la tumeur ovarique placé généralement dans l'un des culs-de-sac latéraux et refoulant l'utérus en bas, en arrière et du côté opposé à celui dans lequel la tumeur s'est développée.

2. Il est rare aussi que le kyste vienne faire saillie en arrière du col pour les rejeter contre les pubis.

(1) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, pour 1831.

(2) CHARCOT, *loc. cit.*, obs. de Park, p. 541.

(3) *Clin. des hôpit.*, t. II, n° 46. — HIP. BOURDON, *loc. cit.*, 7° observation.

(4) BERNUTZ et GOUPIL, *loc. cit.*, t. I, p. 295 à 300. — *Diagnost. diff. de l'hémat. et des kystes hydatiques.*

3. Qu'on se rappelle également que la ponction des hématocèles, dans le cas où l'on se laisserait aller à pratiquer une ponction exploratrice, est infiniment dangereuse : une malade d'Oulmont (1) a failli en mourir.

7. Hernie. — Ovaire déplacé.

1. Une hernie qui se serait projetée entre le vagin et le rectum et serait devenue perceptible comme tumeur à cet endroit, s'il n'y a pas étranglement, se distinguera des kystes ovariques par les symptômes provoqués en faisant tousser la malade, la changeant de position; par la faculté qu'on a de pousser le doigt au delà de la tumeur.

2. De plus, l'ovaire lui-même, quoique libre de toute maladie, peut descendre dans la même situation : en pareille occurrence toutefois, l'examen cause du malaise et la pression détermine de la douleur (2).

8. Tumeur des trompes (Inflammation, hydropisie).

1. Les signes qui servent à la distinguer sont : la douleur, une tumeur plus élevée que dans l'ovarite et se portant vers le détroit supérieur ou derrière le corps utérin; peu volumineuse, allongée, bosselée, noueuse (3).

2. Il faut bien avouer, cependant, que le diagnostic de ces sortes de tumeurs est pour ainsi dire impossible, à moins de circonstances exceptionnelles, comme dans le cas de Chambon, où, en pressant sur la tumeur, on faisait sortir un liquide particulier par la vulve, et les cas d'A. Richard, où les femmes perdaient de temps en temps un liquide séreux. Aran (4) a vu Récamier pratiquer une opération suivie de mort pour un kyste de la trompe qu'il avait pris pour un kyste ovarique. — Heureusement, ajoute Aran, les kystes de la trompe sont rarement assez volumineux pour exposer à l'erreur.

(1) *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1859, t. V, n° 1, p. 36.
(2) Voir *Union méd.*, 1861, obs. d'Huguier.
(3) Courty, *loc. cit.*, p. 937.
(4) *Loc. cit.*, p. 1061.

ARTICLE DEUXIÈME. — LA TUMEUR NE PARAÎT PAS INDÉPENDANTE DE L'UTÉRUS, N'EN EST PAS SÉPARABLE.

1. *Corps fibreux de la matrice.*

1. Il faut le supposer, avec Scanzoni, de la grosseur d'un œuf de poule et situé dans la paroi postérieure de l'utérus.

2. Quand il n'est pas sous-péritonéal, presque toujours il y a douleurs vives dans l'utérus, hémorrhagies abondantes et leucorrhée.

3. Dès le début, la tumeur se montre sur la ligne médiane, unie, ovoïde, et en union intime avec l'utérus, à moins d'énucléation vers le péritoine. Elle n'est ni molle, ni élastique, ni rénittente, et se montre dans un âge avancé.

4. Dans le doute, le redressement de l'utérus par l'hystéromètre éclairerait le diagnostic. Bennett accordait la plus grande confiance, dans ces cas de diagnostic, à cet instrument, indiqué en 1843 par Simpson. Au moyen de la sonde utérine : 1° l'utérus étant maintenu, on déplace la tumeur; 2° la tumeur étant maintenue, on déplace l'utérus; 3° les deux mouvements peuvent être exécutés simultanément.

Si la sonde, dit Simpson, démontre qu'une tumeur existe en face de l'utérus, la maladie n'est pas ovarique, parce que normalement l'ovaire est situé derrière cet organe (face postérieure du ligament large) (1).

Il faut être très-prudent dans l'emploi des sondes utérines pour ne pas produire d'avortement s'il y avait grossesse commençante méconnue. Bernutz et Goupil (2) restreignent le plus possible l'emploi de cet instrument et conseillent de le remplacer par des bougies de cire ou des sondes en caoutchouc à courbure fixe qui n'ont pas l'inconvénient de redresser forcément et brusquement l'organe, ce qui est la cause des accidents.

2. *Polype et kystes utérins.*

1. Les caractères que nous venons de signaler serviront à distinguer le polype utérin comme aussi les kystes, affection rare mais qu'ont bien observée Lee et C. Mayer (3).

(1) Voir LABALBARY, *loc. cit.*, p. 36.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 707.
(3) *Verhandl. der Gesellsch. f. Geburtsk. in Berlin*, 1851, p. 89.

3. *Déplacements utérins.*

a) ***Rétroflexion.*** — (Fond de la matrice situé au dessus du cul-de-sac vaginal) (1).

Il y a hémorrhagies souvent fort abondantes : métrorrhagies, douleurs vives et semblables à celles de l'accouchement, sécrétion énorme de la muqueuse, tuméfaction de la portion vaginale de l'organe; col souvent largement ouvert, faisant suite avec le corps utérin; corps mobile, cédant à la pression du doigt.

La sonde utérine, la concavité en avant, fait disparaître la tumeur de la partie postérieure du bassin.

b) L'***antéflexion*** (l'organe étant gravide) peut faire confondre avec une tumeur située au devant de la matrice. Il faut dans ce cas examiner attentivement le sillon qui sépare le corps de l'utérus plus ou moins refoulé de son col en suivant exactement les bords de l'organe : le développement graduel de la grossesse finit alors par lever les doutes (2).

c. Dans une observation relatée par Bourdon (3) et recueillie dans le service de Récamier, en négligeant le toucher rectal, on fit une erreur en admettant une tumeur du ligament large, alors que c'était le corps utérin déplacé et *incliné à gauche.*

d) ***Rétroversion.*** — (La tumeur ovarique était supposée dans le cul-de-sac recto-utérin). La tumeur se continue immédiatement avec la portion vaginale située derrière la symphyse pubienne jusqu'au sommet de l'organe, dans l'excavation sacrée.

Entre la main posée sur l'abdomen peu tendu et le doigt dans le vagin, on ne trouve que l'utérus renversé en arrière.

La sonde utérine introduite, sa concavité tournée en arrière, si on ne soupçonne pas de grossesse et s'il n'y a pas d'adhérences, fera suivre ses mouvements par l'utérus.

Dans le cas de grossesse, la compression de la vessie, du rectum et de la matrice elle-même provoque des douleurs.

(1) Scanzoni, *loc. cit.*, pp. 376-385.
(2) Bernutz et Goupil, t. II, p. 707, *loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

4. Grossesse commençante.

1. Situation de l'utérus sur la ligne médiane, formant une tumeur pas plus saillante dans une région iliaque que dans l'autre, à résistance égale dans tous ses points, non fluctuante, molle, rénitente, élastique : débordement régulier du corps utérin au-dessus du col : l'inspection et le toucher du col, de la vulve, du mamelon donnent ensuite des éléments précieux pour éviter une erreur.

2. Au début de la grossesse, les seins deviennent plus gros, plus sensibles; leur apparence est habituellement symétrique; on y observe communément de vraies vésicules ou *vésicules papilloïdes*, c'est-à-dire des follicules blancs. Dans le kyste ovarique comme dans les tumeurs fibreuses on n'observe rien de tout cela au début : l'apparence des seins n'est pas symétrique, sur l'un d'eux on rencontrera plusieurs follicules et rien sur l'autre, ou tout au plus une ou deux de ces vésicules qui sont d'ailleurs de même couleur que les aréoles et ne deviennent pas blanches quand on les étend en tirant la peau d'un côté (1).

3. Qu'on tienne compte enfin du développement uniforme et rapide du ventre à la suite de la suppression menstruelle, de l'intégrité des fonctions, de l'absence de douleurs dans le ventre, de la bonne santé et de l'âge de la femme ; des motifs qu'une jeune fille peut avoir de cacher sa grossesse, et on aura ainsi des éléments dont le concours, nous devons le dire, est bien nécessaire pour dissiper le doute, car il faut bien l'avouer avec les auteurs du *Compendium* (2), malgré qu'en dise Maunoir (3), le diagnostic est quasi impossible pour une grossesse moindre de 4, 5 et même 6 mois. Hâtons-nous d'ajouter avec Cazeaux (4), qu'il y a en dernière analyse peu d'inconvénients à rester dans le doute, car l'expectation est réclamée dans les deux cas.

5. Hydropisie utérine.

1. Dans cette affection il y a :

(1) Boinet, *Malad. des ovaires*, p. 178.
(2) *Loc. cit.*, t. III, p. 630.
(3) *Loc. cit.*, p. 10.
(4) Thèse citée, p. 130.

Tumeur occupant la ligne médiane dès le début, de forme ovoïde, à grand diamètre vertical, s'élevant progressivement vers l'ombilic à la façon de l'utérus gravide, à fluctuation obscure à travers la paroi abdominale, assez distincte à travers le col ou dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Suppression constante des menstrues, raccourcissement du col utérin, distension de la matrice reconnue par le toucher rectal ; pesanteur anormale du corps utérin (1).

2. James Milman Coley, médecin à Bridgnorth, donne comme premier symptôme d'une hydropisie utérine (2), non compliquée de grossesse : l'écoulement, se répétant souvent, d'une mucosité fétide du vagin à laquelle se mêlent fréquemment des débris membraniformes, semblables à des fragments de la caduque utérine. Le museau de tanche est ordinairement sain et fermé; le col, au contraire, est exceptionnellement épais, dur et très-sensible ; le vagin enflammé et douloureux dans toute son étendue : pour cet auteur, la maladie consiste primitivement en l'inflammation de la muqueuse suivie plus tard d'ulcération, et l'extension de l'inflammation au tissu fibreux lui paraît la conséquence de cette première affection.

6. Rétention menstruelle.

1. Elle est : 1° congénitale et due en ce cas : *a*) à l'imperforation ou l'épaississement de l'hymen.

b) A la présence d'une seconde membrane située plus haut dans le vagin.

c) A l'occlusion du col utérin.

2° Accidentelle, due : *a*) à une adhérence vaginale.

b) » » » du museau de tanche.

2. Il y a augmentation intermittente du ventre aux époques menstruelles; des douleurs excessives aux mêmes époques. — Le toucher et l'examen des parties génitales feront éviter la confusion, en faisant constater la distension uniforme et le débordement régulier de la matrice au-dessus de son orifice vaginal : tumeur molle, rénitente, élastique.

(1) *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Ascite*, par HENRI GINTRAC.

(2) *Ueber Hydrometra*, von J.-M. COLEY, in *Jahrb.* von SCHMIDT, 1839, n° III, 21 B^d^, 3 Heft., S. 381. — *Transact. of the Provinc. and surg. Associat.*, vol. IV, 1836, LXXVI, et 378, p. 8, 4° p.

7. Tuméfactions utérines : Faux germe, engorgement, congestion, fluxion, inflammation du corps de l'utérus.

On se basera sur les principes que nous venons d'établir à propos de la rétention menstruelle, pour éloigner l'idée de ces diverses affections.

8. Grossesse extra-utérine.

Symptômes généraux rationnels de la grossesse avec développement d'une tumeur. Suppression ordinaire des règles, écoulement muqueux abondant (1) des parties génitales, etc., mais avant un développement un peu considérable il faut regarder le diagnostic comme peu sûr, impossible même : d'ailleurs ici, comme dans le cas d'une grossesse normale commençante, il n'y a qu'une chose à recommander : l'expectation.

Dans l'examen des affections qui vont suivre, le diagnostic devra devenir beaucoup plus rigoureux, car généralement alors l'expectation n'est plus possible et une erreur pourrait être des plus préjudiciables.

CHAPITRE DEUXIÈME.

LA TUMEUR S'EST DÉVELOPPÉE ET ÉLEVÉE AU-DESSUS DU DÉTROIT SUPÉRIEUR.

1. Certaines causes peuvent empêcher la tumeur de remonter en se développant : elle reste alors dans la cavité pelvienne, mais ce sont là des faits exceptionnels, c'est ainsi que peuvent agir :

1° La brièveté du pédicule ;

2° La résistance que le kyste offre à sa distension ;

3° Des adhérences intimes, solides ;

4° Le poids de la tumeur, comme cela arrive pour les kystes composés (2).

2. Un des symptômes auxquels doit spécialement s'attacher le praticien lorsqu'il est mis en présence d'une malade qui souffre de l'abdomen et que celui-ci est fortement distendu, est la *matité*.

(1) Lee déjà cité.
(2) Aran, *loc. cit.*, p. 1056.

3. La généralisation de ce caractère à tout l'abdomen, ou du moins à toute la partie inférieure à la région épigastrique, dit Denucé (1), circonscrit le diagnostic aux affections suivantes :

1° Ascite ou péritonite chronique à leur summum d'épanchement ;

2° Grossesse à huit mois ;

3° Tumeurs morbides, mais ayant produit une exhalation séreuse ou séro-purulente, ou enfin :

4° Kyste ovarique énorme.

4. La mobilité de la ligne de niveau de la matité dans les différentes positions de la malade, lorsque surtout tout le long de la ligne d'intersection de la matité et de la sonorité, on trouve un timbre particulier de la résonnance appelé : *bruit humorique*, cette mobilité, disons-nous, permet d'affirmer qu'il y a dans l'abdomen un épanchement constitué par de la sérosité pure ou séro-purulente : il y a ascite ou péritonite chronique.

5. La fixité absolue de la ligne qui circonscrit la diminution de la résonnance, s'observe :

1° Dans les phlegmons des parois abdominales ;

2° » les hématocèles ;

3° » les intumescences qui résultent de pelvi-péritonites, mais aussi ;

4° » les tumeurs solides ou liquides qui peuvent être confondues avec ces affections et qui ne présentent qu'un déplacement peu marqué dans les mouvements des malades ou qui sont immobilisées par des adhérences : le *kyste ovarique.*

6. Dans les cancers, la ligne de matité est plus ou moins bosselée, irrégulièrement anguleuse.

Dans les tumeurs dues à des péritonites, elle est arrondie ou composée de courbes assez régulières, différemment associées entre elles dans les kystes.

7. Il est souvent important de dessiner au crayon de nitrate d'argent cette ligne, parce que les progrès rapides des cancers du mésentère permettent de les distinguer des kystes, dont les progrès sont ordinairement très-lents.

(1) *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Abdom.*, p. 86.

8. Dans la percussion profonde (qu'on pratique en opposition avec la percussion superficielle pour obtenir des résultats en opposition), il ne faut pas oublier qu'une anse tympanisée peut être accolée à la tumeur et produire une résonnance qui n'appartient pas au kyste : il y a alors absence de la sensation d'ondulation élastique se rapprochant du frémissement vibratoire et que perçoit le doigt sur lequel on percute.

9. Nous reprendrons en détail l'examen de chacune de ces affections, et nous verrons si, avec les données de la science actuelle, il est permis de compter sur un diagnostic rigoureux.

ARTICLE PREMIER. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES KYSTES OVARIQUES ET DES TUMEURS ABDOMINALES INDÉPENDANTES DE L'OVAIRE.

1. *Ascite.*

1. Nous l'avons déjà dit, les anciens confondaient les kystes de l'ovaire avec l'ascite. Plus tard les autopsies seules leur donnaient satisfaction pour un diagnostic qu'ils renonçaient à poser pendant la vie de la malade. « Il est très-difficile, disait encore Ledran (1), de reconnaître au toucher une hydropisie enkystée, lorsque tout le kyste s'étend par tout le ventre; et l'on ne peut sous le doigt le distinguer de l'ascite que lorsqu'on sent les bornes du kyste, ce qui n'a lieu que lorsque son développement n'est pas encore très-considérable. »

2. Il faut bien le reconnaître d'ailleurs, les signes par lesquels, à cette même époque, l'un des membres les plus distingués de l'Académie royale de chirurgie croyait pouvoir arriver à annoncer l'existence des hydropisies de l'ovaire sont loin de suffire et devaient exposer à de nombreuses erreurs de diagnostic, comme il a soin d'ailleurs de le confesser lui-même (2).

Il n'avait effectivement admis pour données que l'intégrité de la santé générale presque complète, la sécrétion normale de l'urine et la circonscription primitive de la tumeur.

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.* (*Encyclogr.*), t. II.
(2) MORAND, *Mém. de l'Acad. r. de chir.*, t. II, p. 457.

Richter s'appuyait, pour ce diagnostic difficile, sur la fluctuation nulle ou fort douteuse des kystes et sur les caractères des urines, assez abondantes et troubles et foncées en couleur (1). Ledran au contraire admettait que les urines rares, briquetées sont aussi bien le fait des kystes que de l'ascite (2).

3. C'est à Rostan que revient l'honneur d'avoir découvert et décrit un des meilleurs signes différentiels des hydropisies de l'ovaire et du péritoine.

« Dans l'exploration des hydropisies, dit-il (3), en opérant la percussion de l'abdomen afin de produire la fluctuation du liquide, nous avons remarqué, ainsi que tous les médecins, que dans l'ascite cette percussion faite à la partie la plus éminente, donnait lieu la plupart du temps à un son semblable à celui de la tympanite; il nous a été facile d'en conclure que les intestins distendus par des gaz flottaient au-dessus du liquide où leur pesanteur spécifique les forçait de remonter. Ayant eu souvent occasion de faire le même examen sur des personnes affectées d'hydropisie enkystée, dont le développement était considérable (car ce n'est qu'alors qu'il peut exister quelquefois doute sur la nature de la maladie), nous avons observé au contraire que la fluctuation était très-évidente à la partie la plus saillante de l'abdomen, tandis que le son du météorisme avait lieu sur les côtés, parties les plus inférieures, la malade étant couchée sur le dos. Ce phénomène se conçoit encore parfaitement si l'on réfléchit que la tumeur, en se distendant outre mesure, refoule sous elle et sur les côtés toute la masse intestinale. »

4. L'emploi du *Plessimètre* qui a permis à Piorry de pousser le diagnostic à une précision presque illimitée, lui a donné, dans le cas qui nous occupe, les résultats suivants qu'il résume en douze propositions (4) :

(1) *Loc. cit.*, p. 129.

(2) *Consult. sur la plupart des maladies*, etc. Paris, 1765, p. 185.

(3) *Cours de méd. clin.*, t. II, p. 419. — *Mémoire sur un moyen de distinguer l'hydropisie enkyst. de l'ovaire*, in *Nouveau Journ. de méd.*, t. III, p. 215, 1818. — PIORRY, *Percussion méd.*, p. 604.

(4) *Loc. cit.*, p. 179.

« 1° Dans l'hydropisie enkystée, la tumeur n'occupe pas toujours la partie déclive et si elle est plus basse qu'une portion des intestins, presque constamment quelques anses de ceux-ci lui sont inférieurement placées.

« 2° Ordinairement fixe, quelquefois mobile, la tumeur peut bien dans quelques cas se porter à droite ou à gauche, mais alors des portions d'intestin pressées par le kyste restent encore à la partie déclive.

« 3° La tumeur est limitée par une surface arrondie, irrégulière et non de niveau, au-dessus de laquelle se trouvent soit l'estomac soit les intestins.

« 4° Si la tumeur s'est développée à droite, les intestins sont situés à gauche et il peut arriver, quoique rarement, qu'il n'y en ait pas du tout à droite : c'est ce qui a lieu pour les kystes de l'ovaire qui ont acquis un grand volume.

« 5° Le son que fournit la percussion du kyste est beaucoup plus mat que celui de l'ascite ; il a de l'analogie avec celui auquel donne naissance le foie immédiatement percuté ; il n'est pas sec ou ostéal quand les parois de la tumeur sont molles ou dépressibles.

« 6° On trouve, tantôt dans toute la partie sous-jacente à la tumeur, d'autres fois sur quelques-uns de ces points seulement, une résonnance intestinale ou stomacale, en rapport avec telle ou telle paroi du tube digestif.

« 7° Quelquefois le son mat auquel donne lieu la percussion du kyste se trouve dans un espace situé au-dessus de tous les autres points de l'abdomen où les intestins et l'estomac donnent lieu au bruit tympanique.

« 8° Si des organes creux contenant des gaz sont au-dessus de la tumeur, ce n'est pas sur une ligne de niveau que l'on rencontre les différences du son clair au son mat.

« 9° Les changements alternatifs de position sur le côté droit et sur le côté gauche n'empêchent pas que sur les mêmes points on continue à obtenir le son tympanique.

« 10° Si les parois du kyste sont très-minces, si le fluide qui s'y trouve est très-clair, enfin si des anses d'intestin touchent aux parois du kyste, le bruit humorique pourra être obtenu (1).

(1) Chomel rapporte avoir vu le cas d'un kyste à parois tellement minces que, même à l'autopsie, on croyait avoir affaire à une ascite.

« 11° Si le kyste est recouvert par beaucoup d'intestins, la dépression plus ou moins profonde des parois avec le plessimètre fera obtenir un son mat sur le sommet de la tumeur ; sur les côtés de celle-ci une résonnance tympanique se fera entendre à une grande profondeur.

« 12° Le côté vers lequel les intestins se trouvent placés indique que la tumeur a son siége sur le côté opposé. »

5. Ainsi donc, dans le cas de kyste ovarique, on trouve de la matité dans toute la partie antérieure, supérieure et inférieure de l'abdomen ; de la sonorité dans les flancs . Ces deux caractères restent les mêmes quand on fait coucher la malade sur le côté droit ou gauche ; tandis que dans l'ascite, la sonorité s'apprécie toujours du côté opposé à celui sur lequel la malade est couchée : le liquide se déplace et suit la position qu'on donne à la patiente. Gosselin regarde comme infidèle ce signe donné également par Rostan, parce que deux fois, dit-il, il lui a fait défaut, et néanmoins il y avait kyste (1).

6. D'après Rostan encore (2), lorsque la tumeur a un développement moyen, la fluctuation est plus manifeste dans les parties supérieures, tandis que dans l'ascite, elle se rencontre surtout vers les parties les plus déclives.

7. Si la malade est debout, dit Franck (3), le son tympanique, s'il y a ascite, s'étendra à la région épigastrique, à la région ombilicale si elle est couchée.

8. D'après les auteurs anglais, il faut ajouter à ces moyens d'exploration que donne la percussion, la percussion de la région lombaire (4). Quand l'ascite est considérable, la *ligne hydrostatique du niveau* qui dans les cas d'ascite moins volumineuse, donne une matité à concavité supérieure, ne se modifie pas par le changement de position : si l'on fait asseoir la malade sur son lit et que l'on percute les lombes, on trouve dans les deux côtés une matité semblable s'il s'agit d'un kyste ovarique de volume moyen,

(1) *Sur quelques particul. remarq. que nous offrent certains kystes de l'ovaire. Leç. cliniques.* (*Union méd.*, 1869, p. 567.)

(2) Tavignot in *Expérience*, 1840, n° 160, *Mém. sur l'hydrop. enkyst. de l'ovaire.*

(3) *Compend. de méd.*, etc., *loc. cit.*, t. III, p. 630.

(4) Henri Gintrac, *Nouv. Dict. de méd.*, etc., art. *Ascite*, p. 498.

l'une des régions lombaires donne de la sonorité et l'autre de la matité.

9. Il est cependant des sources de difficultés (1) qu'il ne faut pas oublier et qu'il est toujours prudent d'avoir présentes à la mémoire pour ne pas s'exposer à commettre de regrettables méprises.

1° Les intestins peuvent ne pas être distendus par les gaz et par conséquent impossibles à retrouver.

2° Dans l'ascite l'air contenu fait flotter les intestins autant que le permettent les attaches mésentériques, mais il se peut que la quantité de sérosité soit tellement considérable, que les intestins ne peuvent flotter à la surface du liquide.

3° Bright (2) cite un cas où l'épaississement du péritoine s'opposait également à ce que la masse intestinale surnageât sur le liquide ascitique.

4° Les intestins refoulés par un kyste peuvent venir s'interposer entre la tumeur et les parois abdominales (fig. 1, pl. VII).

5° Il peut y avoir communication entre le kyste et une anse intestinale y adhérente, de telle façon que les gaz intestinaux remplissent la cavité de la poche, ainsi que Th. S. Lee en rapporte un cas curieux (3). Chomel a signalé également la possibilité du développement de gaz dans un kyste par décomposition du liquide contenu.

6° Le docteur Martin (4) a vu, chez une femme de 38 ans, à la suite d'une ponction pratiquée dans un kyste fortement adhérent aux parois abdominales et au diaphragme, la tumeur se remplir d'air par les mouvements inspiratoires et rendre ainsi le diagnostic fort obscur lorsqu'il eut à examiner la malade. A l'autopsie, l'incision de la poche fit échapper de l'air avec un grand bruit (5). Le gargouillement provoqué par la succussion,

(1) PIORRY, *Percuss. méd.*, pp. 608 et suiv. — CRUVEILHIER (*Anat. patholog.*, vol. III, p. 400. rapporte que deux praticiens expérimentés ont pris un kyste de l'ovaire pour une hydropisie ascite)

(2) P. MAUNOIR, *Essai sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire.* Thèse de doctorat. Paris, 1861, p. 17.

(3) *Von der Geschwulst der Gebärm. und der ubrig. weiblich. Geschlecht in der Sammlung gekrönter Preischrift. des Ausland.* Berlin, 1847, S. 133.

(4) *Ueber die Eierstockwassers. insbesondere deren Erkenntneis und Heilung nebst einem Regulat. f. die Ovariotomie.* Iéna, 1852, p. 59, VIII Fall.

(5) « *Mit lautem Geräusch ein Lufstrom.* »

ainsi que tous les moyens explorateurs de l'utérus et du vagin dont il nous reste à parler, devaient dans ce cas concourir à élucider le diagnostic.

7° Aran (1) a observé un cas où la tumeur s'était étendue en surface et avait contracté des adhérences avec la paroi abdominale dans toute la moitié inférieure. L'abdomen était divisé en deux parties : l'une sous-ombilicale correspondait au kyste, l'autre sus-ombilicale renfermait les intestins ; d'où matité complète de haut en bas sur la ligne médiane et sur les côtés.

Ajoutons cependant que ce sont là de rarissimes exceptions.

10. Il est quelques particularités bonnes à noter et qui donnent parfois des indications précieuses pour un examen où rien ne doit être négligé. Ainsi les signes que l'on peut déduire de la forme du ventre et de la palpation de cette région :

a) S'il y a kyste volumineux, distendant les parois abdominales, le ventre est déformé, saillant davantage d'un côté : si on embrasse cette saillie vers l'ombilic, on constate le fond globuleux du kyste, on en circonscrit les limites et on arrive ainsi jusqu'à son origine dans la fosse iliaque. En outre, par la palpation, on trouve une certaine dureté, de la tension dans le côté de l'abdomen qui est le point de départ de la tumeur, tandis que le côté opposé offre de la souplesse et de la sonorité à la percussion. En général, les parties les plus anciennes de la tumeur, les plus rapprochées de son lieu d'origine, sont celles qui offrent au palper une résistance et un relief plus accusés, mieux circonscrits et une plus intime adhérence avec la paroi abdominale (2).

b) Dans l'ascite, le ventre est élargi principalement sur les côtés, un peu déprimé à l'ombilic : le ventre s'est développé d'une manière uniforme, plus rapide, de bas en haut, en suivant une ligne transversale (3).

On considère comme caractéristiques de l'ascite, dans le décubitus dorsal, la saillie des flancs au devant des crêtes iliaques et l'aplatissement de la

(1) *Loc. cit.*, p. 1058.

(2) Axenfeld et Potain, *Dictionn. encyclop.*, t. I, p. 135, art. *Abdomen*. — Voir aussi : Racle, *Traité du diagnost. méd.*, 1864, p. 511.

(3) H. Gintrac, *loc. cit.*, p. 498.

partie médiane du ventre par rapport aux fausses côtes écartées latéralement. Si le décubitus est latéral gauche, le flanc gauche devient saillant; ce sera le flanc droit si le malade se couche à droite.

S'il y a kyste, le ventre est plus proéminent et conserve la même rotondité de quelque côté que se couche le malade.

Dans l'ascite liée à l'existence des tumeurs intra-abdominales, cette déformation manque (1).

11. Dans l'ascite suffisamment développée (2), outre l'absence de tumeur perceptible à la palpation, il y a :

a) Œdème fréquent, presque constant des extrémités inférieures, de toute la vulve, des parois abdominales, quelquefois des membres inférieurs et de la face, une véritable anasarque.

b) Des lésions causatrices, comme : péritonite, maladies du foie, du mésentère, de la rate; des obstructions viscérales ou veineuses, des altérations des reins, l'albuminurie, des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, des difficultés quelconques dans la circulation veineuse, des maladies générales avec leurs symptômes caractéristiques.

12. Quand, au contraire, avec une tumeur abdominale à développement lent, on observe de l'émaciation, des traits amaigris et contractés; s'il n'y a pas d'œdème marqué des jambes, pas de symptômes d'ascite ni aucune des altérations d'organes qui lui donnent lieu, s'il n'y a pas diminution dans l'activité de la malade; si ses fonctions s'accomplissent très-passablement; s'il n'y a aucun signe caractéristique de la grossesse, on peut soupçonner un kyste de l'ovaire (3).

Velpeau avait déjà fait cette remarque (4) que lorsque la santé générale d'une femme affectée depuis longtemps d'hydropisie abdominale se conserve d'ailleurs très-bonne, il s'agit presque toujours d'une hydropisie de l'ovaire.

(1) Desucé, *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. *Abdomen*, p. 89. — Racle, *loc. cit.*, p. 488, 1861. — Boinet, *Gaz. hebd.*, 1860 (*Diagnostic différentiel*, etc.). — Bauchet, *Anat. pathol. des kystes de l'ovaire* (*Mém. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1859, t. XXXIII, pp. 19 et suiv.). — Valleix, *Guide du méd. prat.*, 1861, t. V, p. 303.

(2) D'après Courty, *Mal. de l'utérus*, p. 937.

(3) Baker-Brown, *De l'hydrop.*, etc., chap. IV.

(4) *Dict. de méd.* cité, p. 306.

13. Les signes fournis par le toucher vaginal donnent quelques indications, parfois fort vagues, car il arrive souvent que, par le haut du vagin, on ne sent que de la fluctuation et non une tumeur arrondie : il existe sous ce rapport des cas exceptionnels (1).

En général, cependant, dans l'ascite, on trouve l'utérus placé profondément dans le bassin : il y est refoulé par le liquide abdominal, ainsi que le cul-de-sac du vagin. — D'un autre côté, l'utérus est souvent très-mobile, se déplace lorsqu'on exerce une légère pression sur la portion vaginale : cette portion suit les mouvements imprimés au liquide par la percussion abdominale : ce sont là, au dire de Scanzoni (2), deux symptômes qu'on n'observe jamais dans les kystes ovariques.

Dans l'hydropisie enkystée, la matrice s'élève au-dessus des pubis, attirée par l'ascension de la tumeur, et son col est sensiblement oblique dans le sens du kyste (3).

14. Enfin, Gintrac (4) croit pouvoir établir que la menstruation, souvent diminuée ou abolie dans l'ascite, demeure au contraire souvent régulière dans le kyste ovarique, et selon Cruveilhier, la fluctuation est généralement plus facile dans l'ascite, tandis qu'elle est pour le kyste un symptôme infidèle (5).

(1) Mme Boivin, *Mém. sur l'avort.*, pp. 114, 153. — Rostan, *Nouv. Journ. de méd.*, 1818.

(2) *Loc. cit.*, p. 379.

(3) Voyez in *Un. méd.*, 1856, p. 601 : Consultation sur un cas d'hydropisie abdominale. Est-ce une ascite? Est-ce un kyste séreux? par Nicolas de Vichy, avec réponse de Forget.

(4) *Nouv. Dict.*, *Ascite*, p. 498.

(5) Breslau. *Zur differentiellen Diagnose zwischen Hydroovarium und Asciten. Wien. med. Presse*, s. 10, 1865.

Nous croyons devoir donner ici, *in extenso*, la traduction d'une observation intéressante à beaucoup d'égards, publiée par le professeur Peruzzi, de Lugo : il s'agit d'une erreur de diagnostic : la publicité que lui a donnée son auteur fait du reste autant d'honneur à son talent qu'à sa bonne foi : elle est riche d'utiles enseignements :

Gabrielle Bongiovanni, de Lugo, demeurant à F... depuis trois ans ; âgée de 30 ans, de tempérament lymphatique et de constitution grêle, est née de parents robustes et sains : menstruée à 16 ans, les règles ont toujours été peu abondantes et irrégulières : elles n'ont paru que 5 fois dans ces 15 derniers mois. Mariée à 17 ans, elle eut trois fils encore vivants. Il y a cinq ans, elle souffrit d'une légère métrite : depuis ce moment les règles s'accompagnèrent de douleurs dans les lombes et dans la région iliaque gauche : à part cette souffrance périodique, la santé demeura bonne jusque il y a deux ans que la malade commença à ressentir une vive douleur dans la région épicolique

KYSTE OVARIQUE COMPLIQUÉ D'ASCITE.

1. Comment diagnostiquer la coïncidence de ces deux hydropisies?

2. C'est surtout, d'après Boinet (1), lorsqu'il y a ascite chronique avec épaississement du péritoine qu'on doit éprouver de l'embarras. Si la malade est couchée sur le dos, on constate de la fluctuation dans tout le ventre: la sonorité est à peine sensible dans l'espace compris entre l'ombilic et l'épigastre. — En faisant coucher la malade tantôt à droite, tantôt à gauche, la matité ne se déplace que d'un côté, là où il y a ascite.

gauche, vers l'hypocondre correspondant, en même temps qu'il y avait augmentation de volume du ventre et pâleur insolite de la face. Quelques mois après, en août 1866, elle fut examinée par le docteur C..., qui diagnostiqua un kyste ovarique gauche. Sur la recommandation de ce confrère, je l'examinai à mon tour avec toute l'attention possible et je me crus autorisé à rejeter l'idée d'un kyste de l'ovaire.

Entretemps les symptômes acquirent de l'intensité : la douleur devint constante à la région iliaque du même côté avec engourdissement du membre abdominal correspondant, augmentation progressive du volume du ventre, dérangement des fonctions digestives, amaigrissement considérable et spécialement des parties supérieures du corps : il y avait en outre besoin fréquent et impérieux de l'émission des urines, évacuations alvines diarrhéiques et souvent sanguinolentes.

Le 22 juin suivant, j'eus à visiter de nouveau la Bongiovanni et voici quels furent les résultats de mon examen : émaciation remarquable, spécialement au cou, à la poitrine et aux bras; taches ecchymotiques sur les cuisses et les jambes, mais non constantes; œdème de la partie inférieure de l'abdomen, vergetures nombreuses, sensibilité peu ordinaire à la palpation de la région ombilicale et épicolique gauche: anorexie, soif continuelle, chaleur ardente à la peau, plus particulièrement à celle du ventre et pendant la nuit; un kilogramme d'urine dans les vingt-quatre heures, sans albumine : le décubitus latéral gauche, depuis le commencement de l'affection, est moins pénible et préféré par la malade : sons respiratoires normaux, respiration à 32 : bruits cardiaques normaux; pouls à 80, température de la superficie du corps à 35°3.

Mensuration de l'abdomen : circonférence au niveau de l'ombilic	0m97
Du cartilage ensiforme à l'ombilic.	0,16
De l'ombilic à la symphyse pubienne	0,19
De l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'ilium droit à l'ombilic.	0,20
Id. à gauche	0,2105

A la percussion abdominale : matité à la région épicolique gauche, à la moitié inférieure de la région ombilicale, hypogastrique et *en partie seulement dans la région iliaque droite*.

Son tympanique en partie dans cette dernière, à la région épicolique droite, à la moitié supérieure de la région ombilicale, à l'épigastre, *aux deux régions lombaires et à la ligne iléo-costale droite: on ne change pas sensiblement ces phénomènes physiques en faisant évoluer la malade d'un flanc sur l'autre.*

(1) *Gaz. hebdom.*, 1860.

3. A la palpation soigneuse des parois du ventre, la main rencontre une ou plusieurs tumeurs peu dures, quelquefois molles et même fluctuantes. Dans un cas où une ascite considérable masquait la tumeur kystique, où l'on constatait la matité et le flot partout, quelle que fût la position donnée à la malade, Boinet, en la faisant coucher le bassin plus haut que la poitrine et en enfonçant les mains et déprimant fortement les parois abdominales, parvint cependant à trouver la tumeur (1).

4. L'infiltration des membres inférieurs indique encore avec beaucoup de probabilité la coexistence de l'ascite.

A l'auscultation de la portion mate, aucun bruit ni frémissement.

A la palpation de cette même région, aucune sensation anormale, mais fluctuation et impulsion assez sensible : on ne pouvait reconnaître les limites d'une tumeur circonscrite.

Examen vaginal négatif : utérus normal dans sa position, sa direction, la longueur de son canal cervical et dans sa cavité.

En conséquence de cet examen, me reposant spécialement sur les résultats de la percussion et quelques-unes des circonstances anamnestiques que nous avons signalées, j'ai conclu, d'accord en cela avec l'opinion du docteur V... qui avait visité la malade avec moi, qu'il s'agissait d'un kyste ovarique uniloculaire de l'ovaire gauche, à parois minces, à contenu probablement séreux, et occupant toute la portion de l'abdomen accusée par la matité : comme complément au diagnostic, je pensais qu'on devait recourir à une ponction : je la pratiquai le 1er juillet en présence de mon collègue prédésigné; je la fis sur la ligne médiane entre l'ombilic et le pubis, et donnai la préférence au *trocart avec siphon foulant-aspirant de Verardini :* il s'écoula 3 kilogrammes de fluide séreux, citrin, faiblement albumineux. Après la ponction, les contours de la région mate s'abaissèrent de 3 centimètres dans toute la circonférence de la tumeur, ce qui nous confirma dans notre diagnostic d'un kyste ovarique. La ponction fut suivie d'une légère péritonite qui céda aux moyens appropriés.

L'ovariotomie fut alors proposée à la malade qui l'accepta de bonne grâce : en attendant on continua le traitement des restes de la péritonite et on administra des reconstituants généraux.

Le professeur M... eut l'occasion, pendant cette période, d'examiner la malade et fut également d'avis qu'il s'agissait d'une hydropisie ovarique.

Cependant, les derniers vestiges de la péritonite disparaissaient lentement, la reproduction du liquide devenait de jour en jour plus manifeste, la respiration s'embarrassait, de sorte que le docteur C... pratiqua une nouvelle ponction le 30 juillet et retira 2,500 grammes de fluide séreux, à caractères physiques semblables à ceux du liquide extrait par moi. Après l'évacuation du liquide, il crut rencontrer à la région iliaque gauche une tumeur de forme globuleuse, à superficie quelque peu irrégulière, grosse comme la tête d'un fœtus et contre laquelle on pouvait faire heurter l'extrémité du trocart : de là il conclut à l'existence d'un kyste ovarique, à parois épaisses, compliqué d'hydropisie ascite dont il venait d'extraire le liquide.

Le 15 août, la malade vint de nouveau à Lugo pour se faire opérer : dépérissement général toujours plus manifeste, respiration constamment anxieuse, douleur à la région épicolique gauche

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 51.

5. Enfin dans le cas de doute, la ponction viendrait éclairer le diagnostic :

a) Par l'examen du liquide.

b) Par la vacuité soit de la partie abdominale ascitique, soit de la tumeur kystique, en laissant l'autre tumeur en évidence.

6. Enfin encore l'injection irritante, par ses caractères douloureux ou non, suivant qu'il y a ascite ou kyste, viendrait lever tout doute, quoiqu'en exposant singulièrement les jours de la malade.

7. Il faut aussi toujours avoir soin, comme le recommande Jules

et iliaque correspondante tout à fait permanente; epanchement séreux intrà-abdominal des plus manifestes. La mensuration donne :

Circonférence au niveau de l'ombilic	1m06
Du cartilage ensiforme à l'ombilic	0,17
De l'ombilic à la symphyse pubienne	0,19
De l'épine iliaque antérieure et supérieure droite à l'ombilic	0,25
De l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche à l'ombilic	0,25

L'ovariotomie fut fixée au 22 août et la malade vint à l'hôpital. En l'examinant de nouveau dans la journée précédente avec le docteur V..., nous fûmes frappés des résultats de la percussion qui nous parurent bien moins précis que précédemment : le son tympanique entr'autres que l'on percevait à la région lombaire et à la région iléo-costale droite, s'accusait bien moins clairement : en outre, on reconnaissait un déplacement manifeste du liquide en changeant le décubitus de la malade, à tel point que le docteur V... me dit : « Si j'examinais ce ventre pour la première fois, je ne sais si je diagnostiquerais encore un kyste ovarique. » Préoccupé par le jugement que, sans le moindre doute, j'avais porté quelque temps auparavant et considérant que le point essentiel, c'est-à-dire le son tympanique de la région iléo-costale droite, bien que diminué, n'avait pas disparu, je pensai que les modifications survenues pouvaient dépendre d'une hydropisie ascite qui serait venu compliquer le kyste de l'ovaire. Je ne pus néanmoins chasser tout doute de mon esprit : j'en fis part aux collègues invités à m'assister et le répétai encore aux médecins et chirurgiens qui se trouvaient au lit de la malade au moment d'entreprendre l'opération : je leur dis qu'il était possible qu'au lieu d'un kyste ovarique, nous rencontrions une simple hydropisie ascite et qu'en conséquence je ne pratiquerais qu'une incision exploratrice en faisant une courte incision dans le péritoine...

L'opération commencée et le péritoine ouvert, Peruzzi s'assura qu'il n'y avait aucune tumeur et qu'il ne s'agissait que d'une simple hydropisie ascite : la femme guérit de l'opération et quitta l'hôpital.

Réflexions sur le diagnostic. — Forme du ventre. — L'abdomen, uniformément distendu, devait faire penser plutôt à l'ascite, pourrait-on objecter, qu'au kyste ovarique dans lequel cas il eût été distendu davantage du côté occupé par la tumeur. A cela Peruzzi répond que ce signe n'a de valeur que dans les premiers temps du développement de la tumeur et que plus tard il n'a plus d'importance : j'ai rencontré, dit-il, divers cas de tumeurs ovariques uniloculaires énormes dans lesquels le ventre avait une distension uniforme : d'ailleurs, dans le kyste ovarique simple compliqué d'hydropisie ascite on constate également la distension uniforme de l'abdomen.

« Ce moyen (la mensuration), disait le célèbre De Christoforis Malachia, d'une très-grande impor-

Worms (1), d'examiner les urines dans le cas d'ascite ou d'anasarque coïncidant avec le kyste pour s'assurer qu'elles en dépendent. — On éviterait peut-être ainsi l'erreur dans laquelle sont tombés deux chirurgiens éminents dans un cas d'ascite symptomatique de cirrhose du foie prise pour un kyste ovarique. Il s'agissait d'une femme de 39 ans : entrée dans le service de Gosselin, elle fut soumise à la ponction suivie d'injection iodée; symptômes de péritonite (juillet 1864). 19 jours après, seconde ponction non suivie d'injection. En novembre 1867, elle entra dans le service de Dolbeau : même diagnostic confirmé par Lefort : trois ponctions (2).

tance dans les cas de kyste ovarique commençant et discret, manque de valeur pour le diagnostic des kystes ovariques volumineux et multiples, parce qu'alors l'inspection du ventre n'apprend plus rien. » Dans le cas qui nous occupait, continue Peruzzi, l'un côté du ventre l'emportait un peu sur l'autre: 1 1/2 centim. à la première mensuration, 1 centimètre seulement à la seconde, c'était peu sensible à la vue, mais la différence n'en existait pas moins et cela à l'avantage du côté supposé affecté : elle était peu considérable à la vérité, mais elle n'en avait pas moins de valeur, et devait par conséquent être prise en considération. « Il semble à première vue, suggère encore De Christoforis, que la différence doive être marquée pour avoir de la valeur et que par conséquent la différence d'un centimètre ou un peu plus entre les deux mensurations latérales ne doive pas être tenue en ligne de compte : cependant l'absence de ce résultat dans l'ascite simple et pour le kyste ovarique volumineux, et d'autre part sa constance dans les cas où ces deux conditions morbides se compliquent, font de la mensuration un signe de diagnostic physique excellent que je ne puis trop chaudement recommander aux praticiens. »

Passons maintenant au second signe physique auquel j'attribuais beaucoup d'importance : *la résonnance à la percussion le long de la ligne iléo-costale* (entre la crête iliaque et les côtes inférieures), constitue-t-elle un signe sur lequel on puisse asseoir une grande confiance dans le diagnostic de kyste ovarique compliqué d'ascite? Je le crûs jusqu'au jour où je pratiquai l'opération: les raisons qu'émet De Christoforis, me satisfaisaient complètement ; mais maintenant quelle confiance puis-je y avoir encore? Ce n'était pas un kyste qui refoulait les intestins dans cet espace où je constatais le son tympanique, puisqu'il n'y avait qu'une simple hydropisie ascite : mais alors d'où provenait le son tympanique qui se maintenait le long de la ligne-iléo-costale et dans la région iliaque droite? La masse intestinale y avait peut-être été refoulée par suite d'une inclinaison vicieuse du mésentère qu'elle soulevait en surnageant dans le liquide ascitique, ce qui devait la pousser de préférence vers le côté gauche de l'abdomen, puisque le décubitus sur le flanc gauche étant moins pénible, avait été adopté par la malade durant deux bonnes années : je ne puis non plus affirmer qu'il n'y eût quelqu'adhérence du côté droit de l'abdomen.

De toute façon, c'est là un fait qui me semble assez instructif, puisque les deux signes physiques recommandés comme les plus certains, ont manqué de leur valeur diagnostique et m'ont entraîné dans l'erreur : heureusement que la malade n'en a pas subi les conséquences.

(*Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, 31 Genn. 1870, n° 3, p. 90.)

(1) *Gaz. hebdom.*, 1860, p. 691.

(2) *The Lancet*, 28 mars 1868. — *Gaz. hebdom.*, 1868, p. 254.

Ch. West (1) rapporte un exemple identique, avec cette différence malheureusement que l'injection iodée que l'on pratiqua aussi, détermina la mort : il s'agissait d'une jeune fille de 17 1/2 ans, il n'y avait pas de dilatation du réseau veineux superficiel de l'abdomen, pas d'ictère et il y avait résonnance tympanique de la région lombaire : on aurait dû, ajoute l'auteur anglais, s'assurer un peu mieux de la présence d'une tumeur par ses contours et surtout par sa reproduction après une première évacuation.

8. Piorry (2), qu'il faut toujours citer lorsqu'on veut donner de la précision au diagnostic, est arrivé aux conclusions suivantes par l'application judicieuse de son plessimètre :

1° Le son ascitique, dans le cas de complication d'hydropisie péritonéale et de kyste abdominal, varie de lieu en raison des positions de la malade, comme s'il s'agissait de l'ascite simple.

2° On observe le niveau supérieur du liquide et au-dessus de lui se rencontre aussi le tube intestinal.

3° La tumeur enkystée, fixe ou mobile suivant son siége, a un son mat bien distinct du son plein qu'offre le liquide qui serait accumulé en même temps dans le péritoine.

4° Si l'épanchement est considérable et que la tumeur soit assez volumineuse pour s'élever au-dessus du niveau du liquide, on trouvera souvent le bruit tympanique du tube intestinal entre les points où l'on constate la résonnance et ceux où on observe la matité de la tumeur; c'est qu'alors les intestins recouvrent celle-ci; si on déprime ces viscères, on obtient profondément le son mat qui est propre au kyste.

5° Si la tumeur est considérable et qu'il y ait peu de sérosité dans le péritoine, il faudra percuter les points où se trouvent les intestins et faire ensuite incliner la malade sur le côté. Si le son reste alors le même, il sera démontré que l'abdomen ne contient pas de liquide; si la résonance au contraire devient ascitique, il y aura

(1) *Loc. cit.*, pp. 634 et 635.
(2) *Percussion médiate*, p. 179.

une substance fluide dans l'intérieur même de la cavité péritonéale (1).

TUMEURS APPARTENANT A L'UTÉRUS.

2. *Grossesse à plus de quatre mois.*

1. L'erreur peu préjudiciable en somme qui consisterait à faire confusion entre l'ascite et le kyste ovarique, serait bien autrement déplorable dans le cas de grossesse où l'on tue sûrement le fruit en compromettant sérieusement les jours de la mère lorsqu'on s'est cru en devoir d'intervenir un peu activement : en outre l'opération meurtrière ici, la ponction, est en dernière analyse souvent indiquée dans l'ascite. Il est donc de la plus haute importance de ne rejeter définitivement l'idée d'une grossesse que lorsqu'on a épuisé tous les moyens d'investigation que la science met à notre disposition.

Chez une femme à ventre distendu, pensez toujours à la grossesse, disent Denucé (2), Axenfeld et Potain (3). On ne peut trop insister sur ce point, car des erreurs de diagnostic ont été commises par des hommes du plus grand talent. Un médecin distingué, dit Aran (4), avait pris jour pour ponctionner un kyste ovarique, lorsque dans l'intervalle la dame accoucha d'un beau garçon. On trouve dans Blundell (5) l'observation d'une ponction de l'utérus gravide pris pour une hydropisie enkystée de l'ovaire et Tavignot (6) rapporte un fait analogue où la ponction détermina l'avortement d'un fœtus de 8 mois et la mort de la mère trois jours après. Pollock ovariotomisa une femme grosse à St-Georges-Hospital (7), Boinet faillit commettre la même méprise (8) et n'ajourna l'ovariotomie qu'il se proposait d'entre-

(1) H. LARREY a rapporté un cas remarquable de kyste ovarique compliqué d'ascite, observé chez une femme de 25 ans, qui fut ponctionnée vingt-quatre fois, trois fois par le vagin (*Gazette des hôpitaux*, 1840, n° 139. — *Enc. des sciences médic.*, 1840, 4e série, t. IV, p. 294).

(2) *Nouv. dictionnaire*, etc. Abdomen, p. 77.

(3) *Dictionnaire encycloped.* etc. Abdomen, t. Ier.

(4) *Loc. cit.*, p. 1062.

(5) *Diseases of Women*, p. 111.

(6) *Mém. sur l'hydrop. enk. de l'ov.* in *Expérience*, n° 160, p. 55.

(7) *The med. Times and Gaz.*, 15 septembre 1862, p. 277.

(8) *Maladies des ovaires*, p. 181.

prendre que parce qu'il avait diagnostiqué de fortes adhérences : il y avait grossesse. — Deux jeunes filles furent menées à la maison d'accouchement, quoiqu'elles ne fussent qu'affligées d'un kyste ovarique : Velpeau les eut dans son service en 1839 et 1840 (1).

2. « En général, dirons-nous avec Mme Boivin (2), ces sortes d'examen se font avec beaucoup de légèreté, on s'en rapporte trop aux symptômes exposés par la malade ; souvent on néglige de remonter à une époque plus éloignée pour y chercher les causes d'où peuvent résulter les accidents qui peuvent simuler une fausse grossesse..... La prévention l'emporte sur le jugement et il s'ensuit nécessairement une erreur presque toujours préjudiciable dans ce cas à la réputation de celui qui la commet. »

L'auteur fait ces judicieuses réflexions à propos d'une observation remarquable où le médecin ordinaire de la malade diagnostiqua une grossesse utérine : le temps écoulé au delà du terme ordinaire de la grossesse ne suffit pas pour le faire revenir de son erreur : un chirurgien célèbre, consulté, y vit une grossesse extra-utérine. Paul Dubois et Mme Boivin y reconnurent un kyste ovarique gauche qui fut ponctionné et donna issue à 20 livres de matière épaisse comme de la bouillie.

3. Les causes d'erreur gisent fréquemment dans le ballottement et surtout dans les renseignements fournis par la femme, soit qu'elle désire être enceinte, soit au contraire qu'elle cherche à cacher sa grossesse.

4. Dans le diagnostic direct de la grossesse, on doit se rappeler les précieux éléments que peut donner l'examen du ventre méthodiquement fait par la palpation, la percussion et l'auscultation et qu'a si bien exposés le professeur Hubert, de Louvain (3).

a) Lorsqu'on découvre le ventre, il faut toujours, par une inspection rapide, rechercher les signes ordinaires que donne la grossesse : la saillie formée par l'organe régulièrement développé, l'enfoncement ou la saillie

(1) *Dictionnaire de méd. de l'Encyclogr. des sciences méd.* Ovaire, p. 306.

(2) *Recherches sur une des causes les plus fréquentes et les moins connues de l'avortement*, p. 81.

(3) *De l'examen du ventre considéré au point de vue obstétrical.* Extrait des *Annales méd. de la Flandre occident.* 1855-1856, 4e année, 9e livraison. — Voir aussi *Cours d'accouchements* du même auteur, I, 75 et suiv., p. 125, 1869.

de l'ombilic, les vergetures, la ligne brune ombilico-pubienne. Parfois déjà alors, on voit se dessiner des saillies fugaces dues aux mouvements du fœtus.

b) La palpation, s'il s'agit de grossesse, permet de reconnaître quelques parties dures très-mobiles, fuyant sous la main : ces parties, lorsque la grossesse est avancée, prennent plus de fixité, sont plus volumineuses, plus larges, plus accusées, plus faciles à déterminer et à reconnaître. — La tumeur ovarique peut offrir des points durs et solides à côté de surfaces plus molles et plus ou moins fluctuantes, mais, même dans les points correspondants au liquide, elle est plus tendue que l'utérus gravide et sa tension est continue et toujours la même : quant aux points durs, s'ils se laissent déplacer, ce n'est qu'avec la totalité de la tumeur et jamais isolément, comme le font les parties solides du fœtus dans les eaux de l'amnios.

Dans la palpation, il faut surtout s'attacher à bien reconnaître la résistance et la forme arrondie et lisse du fond de la matrice lorsqu'on le peut; parfois, lorsque le volume de l'utérus n'est pas encore trop exagéré, l'organe se circonscrit et se dessine très-nettement sous la main, ce phénomène, dû à des contractions indolores, ne peut se rencontrer que dans la grossesse normale ou dans le cas de kyste fœtal.

5. Les mouvements actifs sont sujets à caution, à ne s'en rapporter qu'à eux. Baldinger cité par Logger (1) rapporte des faits où des mouvements remarquables dans des cas d'hydropisie et de stéatôme ovariens, ont fait croire à la grossesse. Rayer et Bluff (2) citent de semblables faits. — Il est d'observation en effet qu'il peut se passer des mouvements obscurs dans la tumeur ovarique à la faveur de certaines positions du corps de la malade, ordinairement c'est dû à des contractions péristaltiques des intestins, mais, dans tous les cas, ils ne peuvent avoir la netteté des mouvements produits par le fœtus : il suffira d'en être prévenu pour ne pas se laisser mystifier par certaines femmes qui savent simuler les mouvements d'un enfant en imprimant à leurs parois abdominales des mouvements partiels, ondulatoires (3).

(1) *Loc. cit.*, p. 51.
(2) *Loc. cit.*, obs. I, voir aussi le *Compendium de médecine*, t. III, p. 630, Bruxelles.
(3) Hubert. *Cours d'accouchements*, t. I, p. 83.

6. L'auscultation permet de constater le bruit de souffle dit *placentaire*, mais, comme le fait remarquer Bouillaud (1), on peut le constater lorsqu'il n'existe qu'une tumeur plus ou moins considérable de l'un des ovaires. Velpeau avançait également, en 1829, qu'un corps fibreux peut le produire (2). A la clinique de l'hôpital Necker, service de Bricheteau, une opération fut pratiquée pour une grossesse ovarique qui n'existait pas et où le bruit de souffle avait induit en erreur (3). Il s'agissait d'une femme de 47 ans : suppression des règles depuis neuf mois, la conception avait été accompagnée d'une rixe violente avec son mari : elle avait la sensation des mouvements actifs tellement nette, que sa conviction était inébranlable. Le palper fit reconnaître une tête à droite, un pied à gauche : le bruit de souffle placentaire était très-distinct et une grossesse extra-utérine fut diagnostiquée et admise par Bricheteau, Baudelocque, Laugier, Piedagnel, Dubois d'Amiens et d'autres : on incisa par le vagin, et la femme succomba cinq jours après de la péritonite dont les débuts (douleurs vives) avaient déterminé l'intervention chirurgicale : il n'y avait pas trace de grossesse.

Les doubles battements de cœur de l'enfant, perçus à l'auscultation constituent un signe positif, mais ils ne sont guère perceptibles qu'après le cinquième mois de la grossesse et exceptionnellement plus tôt.

7. Au toucher, la fluctuation, bornée ordinairement à la région sus-pelvienne, l'absence de tout développement de la matrice qui, dans le cas de grossesse, a lieu à l'exclusion des autres organes (sauf complication), aucune autre modification du col que sa déviation et la diminution progressive de la portion vaginale au fur et à mesure du développement de la tumeur, donnent des probabilités très-fortes en faveur de l'existence d'un kyste. Qu'on se rappelle toutefois que lorsqu'il y a hydropisie de l'amnios, la fluctuation peut être perceptible pendant le développement de la grossesse (4).

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*, 1841.
(2) *Dictionnaire de médecine* cité, p. 506.
(3) *Lancette*, mai 1834. — *Abeille*, 1834, vol. II, p. 240.
(4) *Monthly Journal of med.*, 1851. — Grossesse ovarique de douze ans de durée.

Les mouvements passifs ne sont pas toujours très-distincts, mais sont d'une grande importance dans le cas contraire.

8. En outre, la persistance des règles, au moins pendant quelque temps lorsqu'il s'agit d'un kyste, la coïncidence de leur suppression avec un commencement de grossesse; le développement uniforme, régulier, sur la ligne médiane de la tumeur dans le cas de grossesse, les phénomènes présentés par les seins et sur lesquels nous nous sommes déjà expliqué et enfin l'examen des urines à l'effet d'y découvrir la kyestéine, sont des moyens de diagnostic qu'il ne faut pas négliger.

9. Il faut tenir un certain compte aussi des symptômes morbides qui accompagnent rarement la grossesse normale, de l'âge de la malade : enfin, si des signes menaçants venaient à surgir et à réclamer une décision immédiate, on serait autorisé, comme le conseille Scanzoni (1), à se servir de la sonde utérine pour s'assurer des dimensions de la cavité utérine.

10. Dans un cas douteux, voici comment Dugès (2) parvint à établir le diagnostic et à rejeter l'idée d'une grossesse :

D'après les antécédents, la dame se croyait enceinte à six mois.

1° La menstruation avait reparu par quelques gouttes à chacune des époques après la première suppression.

2° Le gonflement du ventre se manifesta d'abord vers l'ombilic, puis il y eut abaissement comme dans les derniers mois d'une grossesse. Seulement :

3° Les mouvements qu'accusait cette dame :

a) S'accompagnaient de dépression, non de saillies ;

b) Se faisaient par contraction et non par expansion ;

c) Rarement il y avait secousse ;

d) Ils étaient précédés et accompagnés par une sensation particulière ;

e) Ils se suspendaient sous l'influence d'une affection morale.

f) L'agitation du corps, la pression ne provoquaient pas ces mouvements , mais bien le soulèvement de l'hypogastre avec les mains, et alors ils semblaient se propager vers le fondement.

(1) *Loc. cit.*, p. 380.

(2) Boivin et Dugès, t. II, p. 231 et 232.

Il n'y avait donc là que des spasmes intestinaux.

4° Le ventre :

a) Etait abaissé mais arrivait encore à l'épigastre, large, étendu d'un flanc à l'autre.

b) L'ombilic était enfoncé.

c) La fluctuation y était bornée, presque nulle ;

d) Sensations de dureté vers le bas, mal circonscrites ;

e) Toute la masse se meut par des impulsions un peu fortes ;

f) Nulle part pulsation fœtale ou placentaire ;

5° Col utérin abaissé, petit, mince, fort peu oûvert, à fente transversale étroite, régulière.

6° Utérus mobile, léger, non déplacé par une pression sur l'hypogastre.

D'après l'auteur, il s'agissait là probablement de kystes composés de l'ovaire gauche. Comme on le voit, rien ne fut négligé pour ce diagnostic, qu'on peut aujourd'hui encore proposer comme modèle d'exploration attentive et judicieuse.

11. Boinet rapporte (1) l'observation d'un kyste multiloculaire pris pour une grossesse dans des conditions qui prouvent la légèreté des médecins qui commirent l'erreur et qu'à ce titre il peut être profitable de rappeler.

« Il s'agissait d'une dame de 39 à 40 ans, n'ayant jamais eu d'enfants mais désirant beaucoup en avoir : son ventre se développa progressivement en même temps que les règles cessaient de paraître : un premier médecin consulté, puis un second, pensèrent tous deux, probablement d'après le récit de la malade et le développement du ventre, qu'il y avait grossesse : l'époque de l'accouchement arrive, on appelle le médecin, il examine la malade et annonce que déjà l'accouchement ne peut tarder, tout l'annonce, elle éprouve dans le flanc droit et dans le bas ventre des douleurs assez vives, c'est le commencement du travail. On attend 8 jours, 15 jours et cet accouchement ne se termine pas ; probablement que la malade a mal compté, on attend encore. Sur ces entrefaites le médecin qui soigne habituellement la malade et qui attend l'accouchement depuis un mois, est obligé de s'absenter : un confrère qu'il a désigné pour le remplacer est

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 103. — Du diagnostic différentiel, etc.

appelé par la malade qui, à chaque douleur qu'elle éprouve, croit qu'elle va accoucher. La position est devenue plus grave, l'oppression plus grande, la respiration plus gênée, les fonctions plus difficiles. — On compte de nouveau et tout calcul fait, on trouve que la malade a dépassé son terme depuis un mois au moins. Y aurait-il quelque chose d'anormal? Après un examen fait avec soin, ce nouveau médecin ne croit pas la malade enceinte : un accoucheur célèbre est appelé, lequel déclare à son tour qu'il n'y a pas grossesse, mais un kyste de l'ovaire. La malade, qui ne peut abandonner l'idée qu'elle est enceinte, veut consulter un autre médecin; appelé à mon tour, je constate qu'il y avait kyste multiloculaire ayant : 1° à gauche une poche principale renfermant 15 à 18 litres d'un liquide épais filant, coloré. 2° A droite une seconde poche moins grande. 3° Une tumeur volumineuse, dure, inégale, probablement de mauvaise nature.

« Une ponction faite dès le lendemain, à cause de la grande oppression qu'éprouve cette dame, justifie ce diagnostic. »

Probablement, ajoute Boinet, le médecin qui avait commis semblable méprise se basait sur

1° Le développement progressif du ventre;

2° La cessation des règles;

3° La fluctuation obscure (à cause de l'épaisseur du liquide kystique).

Mais :

1° Le développement du ventre n'était pas uniforme;

2° Il y avait absence :

a) Des mouvements de l'enfant;

b) Du bruit fœtal;

c) Du bruit placentaire;

3° Les seins, à peine apparents, étaient mous et flasques;

4° Le toucher indiquait :

a) Que la matrice était très-élevée;

b) Que le col avait plus d'un centimètre de longueur;

c) Qu'il était porté en haut, en arrière et à gauche.

5° Enfin les signes du kyste multiloculaire :

a) Fluctuation circonscrite, obscure dans le côté droit du ventre;

b) Tumeur volumineuse très-sensible au palper dans le côté gauche et moyen de l'abdomen;

c) Plus à gauche, une seconde poche fluctuante;

d) Etat général mauvais : maigreur, peau sèche, jaunâtre, tout dénotait une profonde altération de l'économie.

12. Dans un cas qui embarrassait Danyau et Moreau, lesquels hésitaient entre un kyste et une grossesse, Rostan affirma qu'il y avait kyste, parce que la malade n'était pas réglée depuis deux ans, quand le ventre augmenta de volume (il eût donc fallu admettre une exception pour la grossesse). D'autre part, la grossesse eût été au dixième mois, exception qu'admettait Moreau : enfin on ne pouvait entendre ni bruit placentaire, ni bruit cardiaque du fœtus (1).

GROSSESSE COMPLIQUÉE DE LA MORT DU FOETUS.

Les symptômes généraux, les antécédents, la santé de la femme, son embonpoint, l'état de l'utérus, sa position, l'état du col, le ballottement, les saillies du fœtus et le *bruit de fermentation* indiqué par Stolz, de Strasbourg, sont autant d'éléments qui mettront sur la voie. — Disons enfin avec Gardien que le temps seul peut dissiper les doutes, et on ne peut assez insister sur ce point, que la temporisation, en éclaircissant le diagnostic, ne peut jamais être préjudiciable à la femme dans le cas où il s'agit d'un kyste, sauf les cas où des symptômes menaçants se manifesteraient.

GROSSESSE COMPLIQUÉE DE KYSTE OVARIQUE.

1. Cette complication n'est pas très-rare; Boinet l'a rencontrée cinq fois. Elle est malheureusement souvent méconnue : un ovariotomiste anglais s'est trompé de la sorte quatre fois. Panas a commis la même erreur, mais a néanmoins réussi à guérir sa malade par une injection iodée (2).

2. Une tumeur fluctuante d'un côté, mate de l'autre, l'absence des

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1838, n° 147.
(2) Séance de la Société de chirurgie, 14 juin 1871.

règles, le développement et la sensibilité des soins; le malaise et les dégoûts des malades, plus tard les signes sensibles de la grossesse, tels sont les moyens que donne Boinet pour diagnostiquer cette complication dont l'ignorance a occasionné plus d'un accident.

3. Souvent le kyste n'est reconnu que pendant ou après l'accouchement. Nous renvoyons pour plus de détails au chapitre spécial que nous avons consacré à ce sujet.

4. Aran (1) rapporte l'observation d'un cas où la paracentèse, indiquée par les symptômes généraux, a provoqué l'avortement. — Burd (2), chirurgien de l'hôpital de Selap, pratiqua l'ovariotomie sur une femme de 25 ans, le 15 septembre 1846 : kyste multiloculaire, incision de 1/2 pouce de l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, pédicule volumineux, serré par trois ligatures doubles, mais dont la section donna lieu à une hémorrhagie effroyable qu'il parvint à arrêter par une nouvelle ligature fortement serrée, utérus gravide à 3-4 mois, avortement le 17 au matin, guérison.

A ce propos, Burd insiste sur ce point qu'il ne faut pas se fier aux dires des malades : celle-ci prétendait avoir eu ses règles très-abondantes six semaines avant l'opération et avoir été régulièrement menstruée chez elle auparavant : le diagnostic de la grossesse exige d'ailleurs davantage que les signes fournis par la menstruation.

Le 14 août 1865, le docteur Spencer Wells pratiqua l'ovariotomie sur une femme de 24 ans, affectée d'un kyste multiloculaire dont une partie s'était rompue dans le ventre après la ponction d'une autre poche, pédicule épais de trois doigts, assez long et complètement tordu. Pendant l'extraction du premier kyste, apparition d'une seconde tumeur qu'on ponctionna, grande quantité de liquide sanguin; à la sortie de la canule il se présente une masse molle, spongieuse, sanguine qui, repoussée, permet à la paroi utérine (car c'était l'utérus qu'on avait ponctionné, ce qu'on reconnut à l'orifice de la trompe) de céder dans une étendue de 3 à 4 pouces et de laisser passer un fœtus de cinq mois avec une grande quantité de liquide amniotique : le placenta fut facilement détaché : absence de

(1) *Loc. cit.*, p. 1068.
(2) *Med. chirurg. Trans.*, 1847.

contractions utérines, hémorrhagie qui force à lier trois vaisseaux au-dessous du siége de la rupture ; l'hémorrhagie du siége placentaire fut arrêtée par un fragment de glace introduit dans la matrice par le vagin et qui détermina des contractions utérines : réunion de l'organe par des fils de soie, reste du pédicule maintenu par un crochet hors de la plaie et auquel on fixa les ligatures des vaisseaux utérins : plaie abdominale réunie par six points de suture de fils de soie : guérison 33 jours après l'opération (1).

3. Grossesse extra-utérine.

1. Avant six mois ou lorsque le fœtus est mort, le diagnostic est peu sûr.

2. Les dimensions de la tumeur correspondent à la durée de la grossesse.

De temps en temps des contractions douloureuses, suivies d'un écoulement abondant de mucosités sanguinolentes renfermant de nombreux débris membraneux que le microscope fait reconnaître pour des fragments de la membrane caduque ; les bruits circulatoires perçus dans une tumeur relativement petite ; tels sont les signes différentiels principaux donnés par Scanzoni (2).

3. Il recommande en outre, si la tumeur est accessible par le vagin et qu'on reconnaît une partie liquide dans le contenu de la tumeur, d'y pratiquer une ponction lorsqu'on reste dans le doute. L'opération, ajoute-t-il, serait utile dans les deux cas : indiquée pour la guérison du kyste et pouvant amener par l'écoulement du liquide amniotique, la mort et l'ossification du fœtus, ce qui vaut mieux que d'attendre la rupture de la poche souvent mortelle. Le microscope en outre peut faire reconnaître la nature chimique du liquide évacué.

4. Cazeaux (3) attire l'attention :

(1) *Journal de médecine* de Lyon, 1867. — *Journal de méd., de chir. et de pharm.*, de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 1867, II, p. 546. — D'après LEGOUEST, la femme d'un médecin, enceinte de quatre mois, aurait été ovariotomisée récemment par S. WELLS, aurait guéri et accouché à terme. — Il n'en faut pas moins considérer la grossesse comme une contr'indication formelle à l'opération. (Séance de la Société de chirurgie, 14 juin 1871.)

(2) *Loc. cit.*, p. 380.

(3) Thèse, pp. 132, 133.

1° Sur les antécédents, spécialement lorsque le fœtus a vécu avec mouvements; 2° sur l'état stationnaire de la tumeur; 3° les duretés et inégalités qu'on peut y reconnaître par le palper; 4° le bruit du cœur si le fœtus est vivant.

5. Le toucher vaginal fait constater que le poids et le volume de l'utérus sont peu accrus, que le col est de même longueur mais a changé de direction et de position.

Le toucher rectal, dans le cas où une tumeur s'est formée promptement dans l'une des fosses iliaques, apprécie des bosselures, un état comme variqueux, les saillies et les mouvements du fœtus (1).

6. N'oublions pas non plus dans les antécédents de rappeler ce que nous avons déjà dit du diagnostic différentiel des deux tumeurs à leur début.

D'après Jobert de Lamballe (2), Dubois n'aurait vu qu'une seule fois la suppression des règles dans l'hydropisie enkystée : il y a évidemment là exagération : on compte beaucoup d'exceptions : il est bon néanmoins de tenir compte de ce signe.

Le bruit de souffle est également un bon caractère de grossesse, mais il ne faut pas s'y fier, comme le démontre l'opération malheureuse de Bricheteau, qui entreprit la gastrotomie alors qu'il y avait kyste ovarique (3).

7. Lorsque le fœtus est mort, de nouveaux symptômes peuvent apparaître et mettre sur la voie : le fœtus peut se décomposer, se putréfier, se dissoudre : le kyste fœtal peut alors devenir purulent et s'ouvrir dans une cavité; il peut se transformer, se durcir, se putréfier (4).

Dans le cas de Weber (5) la grossesse extra-utérine fut prise pour un kyste ovarique, l'erreur fut reconnue par l'évacuation du produit par l'anus : la femme guérit.

8. Capuron, cité par Hubert (6), rapporte d'une manière pittoresque

(1) BOINET. *Maladies des ovaires*, p. 184.
(2) *Gazette des hôpitaux*, juillet, 1845.
(3) MAUNOIR, *loc. cit.*, p. 11.
(4) AMAND. *Nouvelles observations sur les accouchements*, p. 58.
(5) *Zeitschr. des deutsch. Chir. Verein.* Bd. IX, Hft. 1 u. 2, 1855.
(6) *Accouchements*, t. I, p. 139. Voyez aussi *Gazette des hôpitaux*, n° 147, 1838. — *Encyc. des sciences médicales*, 1839, 3e série, t. I, p. 15.

qu'une femme, déclarée hydropique par son médecin traitant, fut examinée par Corvisart qui porta le diagnostic d'une grossesse extra-utérine avec hydropisie enkystée et par Baudelocque qui dit reconnaître un squirrhe énorme de l'utérus, triple erreur bientôt suivie d'un accouchement naturel.

Dans l'observation de Schmitt (1) rapportée par Villebrun dans sa thèse (2), Boinet (3) trouve que, d'après l'ensemble des symptômes observés, au lieu d'un engorgement chronique de l'utérus qu'admettait l'auteur allemand après avoir d'abord diagnostiqué une grossesse, il faut plutôt accepter l'idée d'un kyste tubo-ovarien avec décharge de son contenu de temps en temps dans l'utérus par la trompe (affaissement sensible du ventre ; écoulement d'un sang décoloré et séreux, position du fond de l'utérus prétendue dans la fosse iliaque gauche et direction opposée du col).

Le docteur Maier rapporte (4) un cas fort remarquable de grossesse utérine avec accouchement à six mois, compliquée d'hydropisie enkystée de l'ovaire ponctionnée par l'abdomen et le vagin, et d'une fausse grossesse ovarienne.

4. *Rétention du sang dans la cavité utérine ou hématométrie.*

A. Rétention des menstrues (5).

1. 1° La tumeur s'accroît un peu aux époques cataméniales et reste stationnaire dans les intervalles.

2° Elle peut finir par devenir sourdement fluctuante.

3° Elle n'offre jamais ni saillies, ni duretés partielles, mais peut se durcir en totalité quand l'organe fait effort pour se débarrasser de son contenu.

4° L'hymen (6), qui le plus souvent fait obstacle, est bombé, fluctuant, bleuâtre.

(1) Traduction de Stolz. *Recueil d'observations sur les cas de grossesse douteuse*. Strasbourg, 1829.

(2) *Des fausses grossesses*, 1865.

(3) *Maladies des ovaires*, p. 188.

(4) *Medicinische Annal.* Bd. V. — *Encyclog. des sciences médicales*, 4e série, t. I, p. 556.

(5) Voir Hubert. *Accouchements*, t. I, p. 110 et 111.

(6) Voir Travers. *Lancet*, 1849.

5° Par l'introduction d'une sonde dans l'urèthre et du doigt dans le rectum, on sent fluer le liquide interposé entre le doigt et l'instrument.

2. Il faut éviter de prendre l'hymen distendu pour la poche des eaux et admettre ainsi l'existence d'une grossesse normale (1).

3. Une occlusion vaginale ou une cloison transversale, situées plus haut que l'hymen, seraient constatables facilement par le même procédé d'exploration.

Dans un cas d'hématométrie, chez une jeune fille de 16 ans, par suite d'atrésie de la partie inférieure du vagin, le docteur C. R. Braun ponctionna avec un trocart-aiguille de Middeldorpf de 1 $^1/_2$, puis agrandit le trajet par des sondes appropriées; au quatrième jour de l'opération, il se déclara une tumeur grosse comme le poing dans la région iliaque droite, due vraisemblablement au reflux du sang par la trompe, il y avait donc hématocèle, qui disparut plus tard par résorption (2).

4. Il paraît difficile de commettre l'erreur rapportée dans Smellie, où l'obstacle était dû à l'occlusion du col; on peut néanmoins en lire un exemple curieux dans A. Paré (3).

Dans ce cas, on constate que le segment inférieur de l'utérus est développé, arrondi, mollasse et comme fluctuant si l'épanchement sanguin est considérable. Le col lui-même ne permet pas le passage d'une sonde et il est saillant ou effacé selon que l'occlusion existe à l'orifice supérieur ou à l'inférieur.

5. Ce sont là tous caractères qui ne permettent guère la confusion avec un kyste ovarique pour peu qu'on mette quelque attention dans son examen. — Ici encore tenons compte du début des accidents, des douleurs énormes que la femme éprouve à chaque époque menstruelle, etc.

B. Rétention du sang ordinaire.

Il est très-rare que du sang non menstruel s'amasse dans la cavité utérine hors l'état puerpéral (4). Cela ne s'observe guère que chez les femmes

(1) Observation de Macauley in Smellie. *Observations sur les accouchements*, t. II, p. 18.
(2) *Ueber Hämometra in den Pubertätsjahren. Allg. Wien. med. Zeit.*, n° 13, 1861.
(3) *OEuvres*, t. II, liv. XVIII, p. 750. *Hist. memor.* de Jean de Wier.
(4) Hubert, *loc. cit.*, p. 111.

arrivées à la ménopause. L'hémorrhagie interne qui produit cette tumeur peut bien se répéter, mais ne se reproduit pas périodiquement comme précédemment, et enfin donne lieu à des symptômes généraux caractéristiques.

5. Rétention d'un liquide séreux, séro-sanguinolent, muqueux, mucoso-purulent dans la cavité utérine.

Outre qu'elle est rare, cette affection ne se présente guère que chez des vieilles femmes où l'un des orifices du col utérin s'oblitère ou se rétrécit et met obstacle à l'issue des liquides utérins. La tumeur se développe exceptionnellement au point d'être perceptible au-dessus des pubis et donnerait d'ailleurs alors la plupart des signes différentiels que nous venons d'établir (1).

6. Hydrométrie. Hydromètre. Ascite utérine. Hydropisie utérine (2).

1. Le développement est rapide, forme une tumeur globuleuse, ordinairement placée dès le début sur la ligne médiane, s'élevant directement vers l'ombilic et pouvant présenter un volume assez considérable (3); très-fluctuante surtout par le vagin. Col effacé, ramolli. Suppression constante des règles. Augmentation du volume des seins, picotements. Aucun signe stéthoscopique, ni mouvements, ni battement dans la tumeur. Se termine toujours par l'expulsion d'une grande quantité de liquide (4).

2. La sonde utérine, si l'on se croyait autorisé à s'en servir, lèverait tout doute, mais n'est pas sans danger, à cause d'une erreur possible de diagnostic.

3. Nous rappellerons ici ce que nous avons du reste déjà dit, qu'il est toujours prudent, avant de commencer l'examen d'une tumeur hypogastrique, de vider la vessie et le rectum.

(1) Voyez des exemples de cette affection in COURTY. *Maladies de l'utérus*, p. 592.

(2) CRUVEILHIER. *Anatomie pathologique*, t. II, p. 849. — THOMPSON. *Med. chir. Trans.*, t. XIII, part. 1, p. 170.

(3) WIBER in *Ann. litt. méd. étrangère*, t. II, p. 290.

(4) Voir l'observation du docteur GUÉNIOT in Thèse de VILLEBRUN, 1863.

4. Dans un cas de tumeur de la fosse iliaque droite, le corps utérin d'abord, puis le col de l'organe furent trouvés confondus avec la tumeur : de plus, le col s'entr'ouvrait de plus en plus, de sorte qu'après consultation de quatre chirurgiens, tous furent d'accord qu'il y avait un corps étranger dans l'organe en train d'expulsion et comme ils reconnurent de la fluctuation manifeste par l'abdomen, ils ne doutèrent pas que le corps renfermé dans l'utérus ne fût un kyste contenant un fluide ou de l'hydrométrie. En conséquence ils cherchèrent à dilater le col, puis introduisirent une algalie et le doigt indicateur sans résultat. L'autopsie leur fit reconnaître un kyste qui, de la fosse iliaque droite, s'étendait jusque dans l'hypogastre, adhérait par sa partie inférieure à la matrice qui se confondait avec lui, et par la partie supérieure à l'épiploon et aux intestins grêles intimement unis avec sa surface externe : développé dans le ligament large, il était probablement constitué par la trompe et l'ovaire dont il ne fut plus trouvé traces (1).

5. L'hydrométrie peut être périodique, comme le constate l'observation de Dubedat, fils, de Bouglon (2).

Le cas rapporté par Hoebeke comme étant également une hydrométrie périodique, manque de détails et pourrait fort bien avoir été un kyste des trompes (3).

6. L'observation CXIX de J. Schenck (4), d'une hydropisie utérine renfermant plus de 70 livres de liquide épais, noirâtre, fétide, paraît bien plutôt, d'après la description qu'en donne l'auteur, provenir d'une hydropisie de l'ovaire gauche, bien qu'à l'autopsie Adolphus Occo prétende avoir rencontré cet organe, mais : « *testis sinister extenuatus erat supra modum, et quasi marasmo consumtus, dexter solito major.* »

(1) *Nouvelles observations sur quelques pertes utérines guéries par l'expulsion des corps étrangers ; sur le diagnostic des kystes de la fosse iliaque,* etc. par Dupasquier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, *Annales de Gynécol. et de pédiatrique,* n° 5, 1841. — *Encyclop. des sciences médicales,* 4e série, t. V.

(2) *Bulletin de thérapeutique,* t. XIV, p. 514.

(3) *Gazette des hôpitaux,* 1840, novembre.

(4) *Observ. med., rar., nov., adm. et monstros.,* liv. IV, *de partib. genit. utrius sexûs,* etc. Friburgi Brisgoiæ. Ann. CIↃ, IↃXCVI, lib. IV, p. 564.

7. Môle et hydatides de l'utérus.

1. C'est surtout avec une grossesse normale qu'on est exposé à confondre ces produits dégénérés.

2. Des pertes aqueuses ou sanguinolentes, des inégalités du globe utérin, et la crépitation caractéristique peuvent mettre sur la voie des hydatides.

Dans la môle charnue, la matrice a toujours une forme régulière et une consistance uniforme.

3. Mais le symptôme qui seul peut mettre sur la voie par sa persistance, est l'absence des bruits du cœur fœtal. C'est ce dont n'a pas tenu assez compte le docteur Ley dans le cas dont il a donné l'observation (1) et qui est rapportée par Garnier dans l'*Union médicale* (2). La thèse de Villebrun (3) en renferme aussi une observation remarquable. Nous-même avons été appelé à Châtelineau, le 14 décembre 1859, pour donner des soins à une femme T..... qui accouchait prématurément à sept mois, nous disait-on; à notre arrivée, il y avait expulsion, avec une grande quantité de sang, d'une masse considérable (éponge de forte dimension) de vésicules blanchâtres disposées comme des grains de raisin et qui n'était autre qu'un amas d'hydatides. — Dans une autre circonstance, à Couillet en 1861, il y eut un accouchement à terme, qu'on crut normal, mais qui donna lieu à l'expulsion d'une môle hydatique énorme.

Dans une observation rapportée par Boinet (4), il y avait doute sur l'existence d'une grossesse extra-utérine, d'une tumeur ovarique, d'un rein mobile, d'un amas de matières fécales, etc., l'auteur fut tiré d'embarras avec Nélaton par l'issue, par les selles, de nombreuses hydatides.

4. Ici encore, le développement de la matrice à l'exclusion de tout autre organe et les renseignements que peut procurer le toucher tant rectal que vaginal, ne doivent pas être négligés pour parvenir à rejeter l'idée d'un kyste ovarique; l'attente, d'ailleurs, et l'issue plus tard de la môle doivent être des règles pour la conduite du médecin (5).

(1) *Med. Times*, décembre 1867.
(2) 1867, p. 129.
(3) *Des fausses grossesses*, 1865, p. 46.
(4) *Maladies des ovaires*, p. 192.
(5) Voir pour l'hydrométrie et les hydatides utérines la *Bibl. du méd. prat.*, t. I, p. 464 et suiv.

8. Polypes intra-utérins fibreux et muqueux.

Les hémorrhagies auxquelles ils donnent lieu, l'absence de toute douleur, de tout phénomène inflammatoire, les contractions utérines intermittentes, le développement de l'organe qui dépasse rarement le détroit supérieur, enfin l'absence de tous signes de grossesse qui autorisent l'emploi de la sonde utérine et font constater facilement la présence de la tumeur pathologique, constituent un ensemble de symptômes ne permettant que bien difficilement la confusion.

9. Tumeurs fibreuses et squirrheuses de l'utérus.

1. Le diagnostic différentiel des tumeurs fibreuses utérines est quelquefois impossible, comme le démontre l'observation VI de Kœberlé (1), où il se décida à enlever la partie sus-vaginale de l'utérus et les deux ovaires : il y eut guérison (2).

Le docteur Himball de Lowell fut moins heureux, il perdit sa malade au douzième jour d'une gastrotomie exploratrice pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic de ce genre (3). E. R. Peaslee fit également l'extirpation de l'utérus en croyant avoir affaire à un kyste ovarique : la femme mourut (4).

2. Les tumeurs fibreuses et squirrheuses de l'utérus peuvent acquérir des proportions énormes et peser jusqu'à 40 livres; à un certain développement elles peuvent être confondues avec les kystes multiloculaires, mais :

3. 1° Elles se développent très-lentement en général, elles restent souvent stationnaires.

2° Presque toujours elles sont situées sur la ligne médiane : la percep-

(1) *De l'ovariotomie*, p. 80. — Mussey, Smith, Lizars, Aslee, Dane, etc., ont extirpé des tumeurs fibreuses de l'utérus croyant avoir affaire à des kystes de l'ovaire (Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 47).

(2) Ch. West (*loc. cit.*, p. 630), a vu commettre l'erreur de diagnostic dans les deux sens.

(3) *The Amer J. of the med. sc.* april, 1854.

(4) *Ibid.* april, 1855.

tion de la tumeur dans les deux côtés du bassin n'indique pas sûrement le tissu fibreux, puisque les deux ovaires peuvent être enkystés.

3° Elles gênent fréquemment la miction et la défécation, mais ne dérangent jamais la santé. — Les règles, néanmoins, sont souvent influencées : fréquemment il y a de véritables pertes de sang, ce qu'on observe bien rarement pour les kystes. Dans les intervalles des menstrues qui sont plus fréquentes qu'à l'état normal, on observe des écoulements de diverse nature : blancs, muqueux, albumineux ou purulents.

4° Elles font souvent corps avec l'utérus ou ses ligaments, se déplacent par conséquent avec cet organe.

« Toutes les tumeurs de l'ovaire, avance Nélaton (1), jouissent d'une extrême mobilité, elles se déplacent à chaque mouvement que font les malades, et les mains de l'observateur leur impriment des positions variables et très-étendues. » Dans le cas de tumeur fibreuse ou squirrheuse, l'utérus est déformé, présentant sur une de ses parois des saillies ou bosselures : le tissu fibreux produit généralement la rétroversion utérine, tandis que le kyste pousse la matrice en avant et sur un côté ; aussi faut-il toujours faire l'examen de la malade dans le décubitus dorsal pour empêcher le refoulement de l'utérus par le poids de la tumeur (2).

5° Elles sont toujours indolentes. S'il y a des douleurs, de l'amaigrissement, de la fièvre, la cachexie cancéreuse est à craindre et en ce cas il y a fréquemment complication d'ascite.

6° Lorsqu'elles ont acquis un certain volume, ces tumeurs offrent parfois une fausse fluctuation due à leur élasticité, elles donnent la sensation d'un gros ballon de caoutchouc à parois épaisses, quand on les presse alternativement d'un point de leur circonférence à l'autre. En percutant légèrement, on ne perçoit jamais la moindre fluctuation.

4. La sonde utérine peut donner des indications erronées : s'il y a des adhérences entre l'utérus et un kyste ovarique, l'accroissement rapide de

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 1857.

(2) CHOMEL pensait tout autrement : pour lui, l'orifice du museau de tanche ne se trouve jamais porté derrière la symphyse pubienne, lorsqu'il s'agit d'une affection de l'utérus : lorsque pareil déplacement se produit, c'est qu'il y a maladie de l'ovaire (*Gazette des hôpitaux*, 1845).

la tumeur étend et allonge le col; d'autre part la corne correspondante de la matrice peut être entraînée par la tumeur qui s'élève hors du bassin; de façon que la dilatation de la cavité utérine ne prouverait pas positivement que l'affection siége dans les parois de l'organe (1).

5. Dans le doute, une ponction exploratrice éclairerait le diagnostic et serait sans danger; dans le cas de tumeur fibreuse, on éprouverait une sensation caractéristique, mais encore ne faudrait-il pas que l'instrument pénétrât dans une loge d'un kyste multiloculaire renfermant l'une ou l'autre des matières solides qui forment parfois leur contenu.

L'élasticité de ces tumeurs est tellement trompeuse que même sur la table d'autopsie, la pièce pathologique prise pour un kyste ovarique par plusieurs médecins des hôpitaux du vivant de la malade, parut fluctuante (2).

6. Quand la tumeur fibreuse est sous-péritonéale, les phénomènes subjectifs sont à peu près les mêmes, mais si elle est pédiculée, le diagnostic peut en éprouver une difficulté de plus. En général, s'il faut en croire Huguier (*Mém. de la Soc. de chir.*, t. Ier), ces tumeurs ne dépassent guère

(1) Ch. West, *loc. cit.*, p. 630.

(2) Boinet, *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, t. II, 2e série, p. 687, 1862. — *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 152. — Il en fut à peu près de même, pour le cas fameux de Dupuytren, ceux de Gaubric (*Bulletin de la Soc. anatomique*, 1861), de Barth (*Ibid.*, t. XXXVII), et de Luys.

Peruzzi, le 25 octobre 1869, entreprit l'ovariotomie sur une femme de 28 ans, chez laquelle l'altération caractéristique de la nutrition, la mobilité de la tumeur, les résultats quasi négatifs du toucher vaginal et surtout la sensation de fluctuation l'avaient amené à diagnostiquer un kyste de l'ovaire à parois épaisses, à contenu fluide, sans adhérences pariétales ou pelviennes : cette femme avait senti des mouvements : il était bien vrai que le point du premier développement de la tumeur était la région épicolique gauche, ce qui est peu ordinaire pour les kystes de l'ovaire; mais dans un cas qui offrait beaucoup de ressemblance avec celui-ci, et observé antérieurement par Peruzzi, il y avait aussi entre la tumeur et la fosse iliaque un espace libre où l'on pouvait enfoncer l'extrémité de trois doigts : le chirurgien douta de l'origine de la tumeur, et néanmoins l'autopsie prouva qu'il s'agissait réellement d'un kyste de l'ovaire.

Ici la position actuelle de la tumeur sur la ligne médiane, sa forme ovoïde, la longueur limitée du canal cervical de l'utérus et l'exagération de la menstruation devaient faire douter de la présence d'une tumeur fibro-cystique ou d'un fibrome ramolli de l'utérus. Peruzzi, non partisan des ponctions exploratrices qu'il croit environnées de beaucoup de danger, ovariotomisa immédiatement et rencontra une grosse tumeur fibreuse péri-utérine sessile : la femme partit parfaitement guérie de son opération au commencement de décembre (*Giornale della R. accad. di medic. di Torino*, 20 Genn. 1870, n° 2, p. 60 et 61).

le volume d'une orange et s'accompagnent souvent d'autres affections des organes génitaux internes : squirrhe du col et petits corps fibreux.

7. Si ces tumeurs sont *compliquées d'ascite*, la palpation fait reconnaître derrière le liquide signalé par la percussion, une tumeur dure, élastique en même temps qu'il y a mauvais état de la santé générale et développement variqueux des veines abdominales.

Dans un cas où la rupture d'une loge kystique avait provoqué une ascite par péritonite grave, le diagnostic fit hésiter Kœberlé (1) pour une tumeur fibreuse de la matrice : bosselures résultant de la multiplicité des loges, cathétérisme utérin indiquant 9 centimètres de profondeur, engorgement marqué du col. — Il fit la ponction du péritoine pour évacuer le liquide ascitique et alors le liquide mélangé d'albumine du kyste ovarique rompu et la fluctuation évidente de la tumeur qui restait, lui démontrèrent un kyste de l'ovaire.

Dans l'observation de Forget, de Strasbourg (2), il fut diagnostiqué un kyste de l'ovaire chez une femme de 62 ans dont le ventre avait commencé à augmenter de volume 7 ans auparavant : une première ponction donna issue à un liquide brun et bourbeux ; 6 mois après, nouvelle ponction, liquide moins épais mais encore trouble et rougeâtre ; troisième ponction : sérosité utérine, limpide. — Elle entre à l'hôpital, quatrième ponction : liquide citrin, transparent (deux litres). La malade succombe à l'épuisement et l'autopsie montre un cancer isolé du corps de l'utérus, péritonite chronique et kyste péritonéal.

Stilling (3), dans son cinquième cas d'ovariotomie, prit pour un kyste ovarique une tumeur colossale de l'utérus (*myoma*) : il entreprit l'extirpation et enleva l'ovaire droit avec l'utérus : mort au troisième jour d'hémorrhagie consécutive. Ce qui trompa l'éminent chirurgien de Cassel, ce fut la fluctuation due à un épanchement de liquide péritonéal collectionné à la région inférieure droite du ventre, entre la tumeur et les parois abdominales. — Le toucher vaginal et rectal ne lui permit pas d'atteindre le

(1) *Gazette hebdomadaire*, obs. XXXV, 1867, p. 97.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 41. — Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 351.

(3) *Loc. cit.*, p. 89 et 105.

corps de la matrice et lui fit constater l'absence de toute tumeur dans le bassin. A ce propos il conseille, dans les cas douteux, de faire examiner, le ventre étant ouvert pour l'ovariotomie, la nature de la tumeur au microscope pour savoir au juste la conduite à tenir selon que la tumeur est reconnue de bonne ou de mauvaise nature. C'est là un conseil au moins original et qui n'a qu'un inconvénient, c'est de prolonger une opération déjà trop longue et dont la durée importe beaucoup pour le pronostic à porter, ainsi que nous le verrons du reste plus tard.

10. *Tumeurs fibro-cystiques de l'utérus. — Cystosarcôme des parois utérines* (Kiwisch).

1. Très-rares : elles ont été vues par Kiwisch et par Th. S. Lee, qui a décrit une de ces tumeurs, au Collége royal de chirurgie de Londres, laquelle avait été prise pour un kyste et traitée comme telle (1).

Il en existe en tout 14 cas dans la science :

2 reconnues après la mort;

10 prises pour des kystes de l'ovaire et opérées comme telles;

1 opérée comme tumeur fibreuse interstitielle de la matrice;

1 fut diagnostiquée et opérée comme cystosarcôme par Kœberlé, à qui appartient également le cas précédent. L'habile ovariotomiste de Strasbourg est donc le seul qui jusqu'ici ait pu diagnostiquer ces tumeurs avant l'opération.

2. Leur diagnostic différentiel, regardé comme quasi-impossible par Kiwisch et considéré par Scanzoni comme pouvant recevoir des règles pour l'établir, est ainsi exposé par Kœberlé (2) :

1° Facies plus ou moins coloré, injecté, comme on l'observe d'ordinaire chez les femmes atteintes de tumeurs fibro-utérines.

2° Consistance inégale, variable de la tumeur.

3° *Ponction :* le trocart peut traverser des parties fibreuses plus ou moins épaisses de la tumeur qui ne fournissent qu'un peu de sang pur, tandis qu'en pénétrant dans les parties pourvues de cavités, il y a issue

(1) Voir aussi Ch. West, *loc. cit.*, p. 264 et 637.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 164.

d'un liquide séreux, jaunâtre, analogue à la sérosité ordinaire ou à la lymphe, et contenant alors de la fibrine qui se coagule après sa sortie. Ce liquide renferme quelquefois des cristaux de cholestérine et peut être plus ou moins trouble, purulent, hémorrhagique, mais il ne présente jamais la viscosité, variable d'ailleurs, des kystes de l'ovaire.

4° Consistance plus ou moins dure de la tumeur après l'évacuation du liquide.

5° Connexion de la tumeur avec la matrice.

6° Symptômes généraux des tumeurs fibreuses utérines.

7° On ne les rencontre guère avant l'âge de 30 ans.

TUMEURS DU BASSIN.

11. Hématocèle rétro-utérine.

1. 1° Suppression brusque des règles. — Marche des accidents rapide comme dans la peritonite. — Développement de la tumeur, qui devient rapidement énorme.

2° Au début (1), il y a eu symptômes d'hémorrhagie interne : nausées, vomissements, frissons, fièvre intense, décoloration de la peau, anémie presqu'instantanée, puis coliques ; douleurs expultrices comme les douleurs d'accouchement : voies digestives dérangées, constipation.

3° A la palpation, l'hématocèle ancienne fait reconnaître des bosselures, des reliefs, des noyaux.

4° Au toucher, on constate une tumeur placée à la partie postérieure de l'utérus plus ou moins fluctuante, et séparée du doigt par les parois vaginales : col utérin projeté en avant.

2. Dans le doute, dit Boinet (2), à qui nous empruntons ces détails diagnostiques, on ponctionne et on pratique des injections iodées après avoir préalablement lavé la poche avec des injections tièdes. C'est là un

(1) Voir titre neuvième, chapit. 1er, art. 1er, 6.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1860.

moyen qui exige infiniment de prudence, ainsi que nous avons déjà eu l'occasion de le dire (1).

3. Une remarque qu'a faite Voisin (2) peut parfois venir en aide au diagnostic; c'est que sur 34 observations, l'auteur n'a pas rencontré un cas au delà de 40 ans : la moyenne était de 30 ans.

4. Il est à peine nécessaire de faire observer que le *kyste ménorrhagique*, décrit par Bœckel (3), ne diffère pas pendant la vie d'avec les hématocèles periutérines, surtout d'avec celles que l'on dit exister dans l'épaisseur du ligament large.

5. Les deux affections : hématocèle et kyste, peuvent coïncider.

12. Abcès de la fosse iliaque.

1. Lorsqu'un kyste s'enflamme et suppure, il y a fièvre continue, lente, des frissons irréguliers, de la lassitude, de la faiblesse générale, perte complète d'appétit, des vomissements, de la diarhée, un amaigrissement considérable, des douleurs dans le ventre et surtout dans le kyste.

2. Comme ces accidents arrivent surtout chez les jeunes femmes, ils peuvent :

1° Être pris pour le résultat d'un *abcès chaud, suite de couches*, ainsi que le confirme l'observation de Laumônier de Rouen, que l'on a regardée à tort comme le premier cas d'ovariotomie.

2° Ou bien être confondus avec le tableau symptomatique d'une *fièvre grave*, d'une fièvre typhoïde, par exemple. — Boinet, dans son *Traité d'iodothérapie* (4), rapporte plusieurs exemples d'une semblable con-

(1) Voir Matthews Duncan. *On uterine hematocele. Edinb. med journ.*, novembre 1862. — F. E. Moller. *Ueber die Hæmatocele retro-uterina. Inaug. Dissert.* Leipzig, 1862. — R. Geissel. *De Hæmatocele uterina. Dissert. inaug.* Berolini, 1862. — C. Braun. *Ueber die Pathogenie der Hämatocele retro-uterina. Wien. medic. Wochenschr.*, nos 28-35, 1861. — Hegar. *Ein Fall von Hämatocele periuterina nebst Beiträgen zur Geschichte und Diagnose dieses Leiden. Monatschr. für Geburtsk.*, juni, 1861. — E. Ott. *Die peri-uterinen und retrovaginalen Blütergüsse inaug. Dissert.* Tübingen, 1864.

(2) *De l'hématocèle rétro-utérine*, p. 189.

(3) *Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 179. — *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 5, 1861.

(4) Pag. 461. — *Moniteur des hopitaux*, 1853, t. I, n° 145, p. 11 et 47.

fusion. — Un kyste fœtal a été pris pour un abcès de la fosse iliaque, suite de la fièvre typhoïde (1).

3° Dans *l'abcès par congestion*, qu'on pourrait au même titre confondre avec le kyste ovarique, on a, pour se guider, les symptômes généraux, la marche de la maladie, l'examen de la colonne vertébrale, des os coxaux (point douloureux au début, gibbosité plus tard), constitution scrofuleuse. — Plus tard, quand l'abcès par congestion arrive à la cuisse, il y a fluctuation qui se transmet à l'abdomen et de celui-ci à la cuisse.

3. Rappelons enfin, avec Courty (2), qu'il faut tenir compte du début de la tumeur en haut, en avant, à droite ou à gauche, de son développement de haut en bas, d'un côté à l'autre ou d'avant en arrière.

4. Par la palpation, la femme placée le siége élevé et les épaules abaissées, on limite la tumeur surtout dans son contour inférieur. On ne trouve ni pédicule ni adhérences.

5. Quand la tumeur est située dans l'excavation, sur les côtés de la matrice, on peut admettre qu'elle se trouve dans les ligaments larges, mais elle pourrait aussi bien être dans l'ovaire. Le plus souvent elle est bridée contre la fosse iliaque interne où elle suit le ligament de Fallope : c'est là *l'abcès iliaque*, *l'abcès de la fosse iliaque interne :* quand on l'a bien reconnu une fois, on le reçonnaît toujours (3).

6. Vigla rapporte deux observations (4) où des kystes ovariques, confirmés par l'autopsie de l'une des malades, se développèrent rapidement sous l'influence d'accidents inflammatoires accusés dans le bas-ventre, avec fièvre, au point de devenir énormes en 4 ou 5 semaines : la poche fluctuante, douloureuse, fut prise pour un abcès et ouverte comme tel, couche par

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 136. Société de chirurgie. Séance du 11 mars 1857.

(2) *Maladies de l'utérus*, p. 937.

(3) Marchal de Calvi. *Des abcès phlegmoneux intrà-pelviens. Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1844 et *Encyclographie des sciences médicales*, 1844, t. 147. p. 69.

(4) Société de médecine des hôpitaux de Paris, 23 octobre 1856.

couche, par Gosselin et Demarquay : il s'écoula de la sérosité limpide et la péritonite enleva rapidement les deux malades (1).

Les hématocèles rétro-utérines, réduites à la sérosité du sang pourraient produire ce phénomène, mais, comme Vigla le fait observer, l'autopsie a bien démontré la présence d'un kyste ovarique.

15. Kystes séreux développés dans le tissu cellulaire sous péritonéal, dans les ligaments larges. Kystes hydatiques (2). Kystes des trompes.

1. Les mêmes symptômes serviront à les différentier des kystes, et le frémissement vibratoire désignera plus spécialement les kystes hydatiques.

2. Les kystes du tissu cellulaire sous-péritonéal ou ceux qui se forment au milieu d'épanchements péritonéaux considérables, dit Scanzoni (3), ne sont jamais assez gros pour être reconnus à travers les parois abdominales et être confondus avec des kystes ovariques. Th. S. Lee cite néanmoins, dans son ouvrage, un kyste de cette nature qui partait, immédiatement au-dessous du pancréas, de la paroi postérieure de l'abdomen dont il remplissait presque entièrement la cavité. Il contenait environ 20 litres d'un liquide trouble et blanchâtre dans lequel se trouvaient de nombreuses pelottes de poils mêlés à des matières calcaires et graisseuses. — Dans le côté gauche du kyste se trouvait une masse composée d'os, de dents, etc., et qui ressemblait beaucoup à un fœtus incomplet. De pareils kystes, quoique sans rapports avec les organes génitaux, paraissent d'un diagnostic difficile, impossible pendant la vie.

(1) Voir aussi obs. XVIII du travail de Marchal de Calvi, *loc. cit.*, et Mémoire de Dance et Husson : *Sur quelques engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite.* — *Répertoire* de M. Breschet, 1827. — Voir aussi, pour la difficulté du diagnostic différentiel des abcès pelviens, l'observation de *Suppuration de l'ovaire droit*, communiquée par le conseiller médical docteur de Treyden, de Kœnigsberg, in *Casper's Wochenschr. f. die gesam. Heilk.*, n° 41, 1838.

(2) *Kystes hydatiques de la région iliaque.* Mac-Farlane. *Encyclographie des sciences médicales*, 1836, p. 54. — *Kystes hydatiques entre la vessie et le rectum.* Colson. *Rev. méd.*, 1827, t. IV, p. 33.

(3) *Loc. cit.*, p. 382.

Debout diagnostiqua un kyste assez volumineux des trompes, en se fondant sur la forme allongée de la tumeur et l'évacuation du liquide par le vagin (Maunoir, *loc. cit.*, p. 28).

14. Tumeurs fibreuses, cancéreuses, exostôsiques des parois du bassin.

Ces tumeurs ont une dureté et une solidité exceptionnelles qui ne permettent guère de les confondre avec toute autre.

Les antécédents, les symptômes généraux observés, etc., doivent également être mis en ligne de compte.

C'est ainsi que Recklinghausen a trouvé à l'autopsie d'une femme, morte à 67 ans, une tumeur cancéreuse logée dans les *replis de Douglas:* les ovaires étaient augmentés de volume et laissaient sourdre de la sérosité à la pression. L'utérus rapetissé était confondu avec la tumeur par sa face postérieure (1).

15. Vessie distendue.

Nous l'avons déjà dit et répété, et on ne peut d'ailleurs assez le redire, il faut toujours avoir soin, avant de commencer un examen sérieux pour une tumeur du ventre, de faire vider la vessie et l'intestin. On évite par là une source d'erreurs, trop souvent commises, pour qu'il ne soit pas de la plus haute importance de la tenir en souvenir.— C'est ainsi que Scanzoni cite un exemple où la rupture de l'organe seule vint lever le doute dans lequel se trouvait le chirurgien (2). Aran a ponctionné la vessie distendue et refoulée à la région ombilicale par une tumeur fibreuse (3). On peut aussi trouver dans l'ouvrage de Baker Brown (4) l'exemple d'une semblable méprise. Enfin, dans la consultation d'un des hôpitaux de Bruxelles, ce ne fut que sur l'insistance qu'y mit la patiente que le cathé-

(1) *Krebs in Douglas'schen Raume mit Zahlreichen Metastasen.* — *Monatschr. für Geburtsk.* Aug., 1861.

(2) *Loc. cit.*, p. 385.

(3) *Loc. cit.*

(4) In LABALBARY, p. 47, *loc. cit.*

térisme fut pratiqué et écarta l'idée préconçue d'une tumeur kystique envahissant tout l'abdomen, par l'évacuation de la vessie distendue. P. Franck cite plusieurs exemples d'erreurs de ce genre (1) et Boyer en rapporte également un d'après Murray (2).

La vessie ainsi distendue peut même parvenir jusqu'au diaphragme.

Sa situation, sa forme, son développement rapide, la rétention d'urine ou l'écoulement goutte à goutte de ce liquide et enfin et surtout le cathétérisme sont les moyens de sortir d'embarras si on avait quelque doute.

TUMEURS DE L'ABDOMEN.

16. Rétention des matières fécales, dans le gros intestin mais surtout dans le cæcum.

1. Quelquefois, dit Piorry (3), dans la profondeur du grand et même du petit bassin, on sent de petites tumeurs arrondies, inégales, fuyant sous le doigt : ce sont des fèces contenues dans l'S iliaque ou le cæcum.

2. Il y a, pour exposer à la confusion dans certains cas de rétention considérable de ces matières, les symptômes suivants :

1° Développement uniforme du ventre, tension, ballonnement, sonorité évidente dans le côté opposé à la tumeur, mais en outre on peut constater comme caractéristiques :

2° Entérite plus ou moins violente, météorisme douloureux des intestins grêles, constipation opiniâtre, interception des gaz intestinaux, envie de vomir, quelquefois vomissements même stercoraux, perte d'appétit, etc.

3° Le toucher vaginal et rectal fait reconnaître la présence de matières fécales durcies, arrêtées au-dessus de l'ampoule rectale.

4° Sentiment douloureux qui paraît décrire toute l'étendue du gros intestin et se manifeste principalement en opérant une pression sur la

(1) *Médecine pratique*, traduct. GAUDUREAU. Paris, 1825, t. IV, p. 171.

(2) MAUNOIR, *loc. cit.*, p. 15.

(3) *Traité du diagnostic*, t. II, 566.

région du cœcum, qui presque toujours est le siége de la rétention (1).

5° Un signe, sur lequel insiste beaucoup Boïnet (2), qu'il dit n'avoir jamais été mentionné, quoiqu'il soit à la connaissance de presque tous les praticiens, c'est la dépression, le changement de forme qu'on peut imprimer à ces tumeurs par une pression énergique qui donne la sensation de suif fondu ou de terre glaise.

C'est là un signe précieux, il est vrai, mais qui n'existe pas toujours : les matières sont quelquefois trop dures pour permettre de le constater.

3. En dernière analyse, le critérium consiste dans l'administration des moyens propres à évacuer les intestins, comme nous le recommandons de le faire avant tout examen.

On peut lire dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (3), les deux observations de Campardon et celle de Bois de Loury qui démontrent la possibilité de commettre l'erreur de diagnostic dont nous nous occupons.

17. Agglutination des intestins.

Une femme, âgée de 23 ans, dont la jeunesse fut tellement orageuse qu'un jour, en peu d'heures, elle avait souffert les approches de treize hommes; mère de quatre enfants et atteinte de syphilis, portait depuis plus de huit mois, dans le côté gauche de l'abdomen, une tumeur du volume de la tête d'un adulte : elle était mobile et se déplaçait un peu selon le côté sur lequel la malade s'inclinait: la percussion faisait constater un son mat. A part des hémorrhoïdes et une dysurie qui nécessitait souvent le cathétérisme, cette femme n'éprouvait aucune incommodité résultant de la tumeur : elle était bien portante sous tous les rapports, mais elle désirait beaucoup être opérée, parce qu'on lui avait dit que sa tumeur était

(1) Bois de Loury. *Observations sur les accidents causés par la rétention des matières fécales dans le gros intestin, le cœcum en particulier.* Société de médecine de Paris, séance du 7 mai 1858 (*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 490). — J. Rouyer. *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 660. — Martin, *loc. cit.*, p. 63.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1860.

(3) 1860, p. 150.

de même nature qu'une affection des suites de laquelle une de ses sœurs était morte. Quatre médecins de l'hôpital de Philadelphie ayant déclaré qu'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire et formulé l'avis de l'opérer, M. Smith fit une incision de 22 centimètres à la paroi abdominale et alla à la recherche de la masse morbide, mais il ne trouva d'abord que l'épiploon graisseux et épais de près de 1 1/2 centimètre : à ce moment un mouvement de la malade fit sortir une masse de 5 mètres d'intestins (sic) adhérents entr'eux par des liens dénonçant l'existence d'une ancienne péritonite, et l'on reconnut que la tumeur n'était constituée que par cette masse, car après qu'on eut rompu les adhérences, toute apparence de tumeur disparut : on fit la suture de la plaie après avoir refoulé les intestins dans l'abdomen. — Heureusement la malade guérit sans accidents (1).

Il suffit d'être prévenu de la possibilité d'une pareille méprise pour l'éviter.

18. Cancer de l'intestin.

Les douleurs caractéristiques (lancinantes), la constipation, les symptômes de rétrécissement de l'intestin, le mode et le début du développement de la tumeur, les symptômes généraux, l'intégrité des organes génitaux, etc., mettront sur la voie.

E. Nélaton rapporte un fait intéressant, observé dans le service de Chassaignac, et où l'erreur du diagnostic fut commise : La malade avait souffert dans le bas-ventre pendant huit mois : les gardes-robes étaient toujours purulentes; on reconnut dans le rectum des bourrelets et des bosselures; le toucher vaginal n'apprenait rien : l'exploration de la fosse iliaque droite faisait sentir très-profondément une tumeur; l'état général était grave. Au bout de quelques jours, cette tumeur devint très-douloureuse; on y trouva du gargouillement; des symptômes de péritonite se déclarèrent et la malade mourut. A l'autopsie, outre les altérations de la

(1) *Dublin med. Press.*, 18 avril 1855, p. 246. — *Philadelphie med. examin.*, trad. in *Gazette hebdomadaire*, 27 juillet 1855, t. II, n° 30, p. 556. — Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. II, p. 39. — Voir aussi dans le cours de ce travail, une erreur analogue commise par M. Dowell.

péritonite et de nombreuses adhérences, on découvrit à l'arrière de l'utérus deux tumeurs, l'une à gauche, petite, remplie de liquide citrin, et un autre petit kyste accolé ; l'autre à droite, grosse comme une orange, à cavité noire, tomenteuse ; elle était purulente et perforée ; le pus avait fusé d'une part dans le haut de la cuisse, sous l'arcade de Fallope, d'autre part, dans le ligament large ; il y avait communication avec l'intestin (1).

19. Tumeurs du mésentère.

1. Souvent ces tumeurs sont l'origine de méprises, dit Galien, et d'un diagnostic difficile, sinon impossible.

2. Le siége particulier de la tumeur, les symptômes locaux et généraux auxquels elle donne lieu, feront néanmoins éviter de les confondre avec les kystes de l'ovaire.

20. Tumeurs diverses, dépôts cancéreux, exsudats fibrineux déposés entre les feuillets de l'épiploon.

1. L'état fonctionnel des organes génitaux, la position et le degré de mobilité de l'utérus, les symptômes généraux serviront à poser le diagnostic.

2. B. J. Thompson (2) a observé un *kyste de l'épiploon,* dont il décrit les caractères : la percussion donne les limites des anses intestinales. — Proéminence de la tumeur vers la région épigastrique ; mobilité du fond de l'utérus à la sonde ; impossibilité d'atteindre la tumeur par le rectum, en même temps que par là on peut s'assurer de l'intégrité des ovaires (3).

3. On peut lire dans Cruveilhier (4), une belle observation *d'acéphalocystes* de l'épiploon.

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1855.
(2) S. T. S. Lee, *loc. cit.*, p. 146.
(3) Martin, *loc. cit.*, p. 69.
(4) *Anatomie pathologique*, t. III, p. 426.

21. Tumeurs anévrysmales de l'abdomen.

Elles se différentieront de la même manière par les symptômes spéciaux à ces sortes de tumeurs, leur siége particulier, etc.

22. Tumeurs rénales.

1. Voici, d'après Spencer Wells (1), les caractères qui les différentient des kystes ovariques :

1° Les tumeurs de l'ovaire sont situées en avant des intestins, les rénales en arrière ;

2° Les tumeurs volumineuses du rein droit ont le côlon ascendant à leur bord interne.

Les tumeurs volumineuses du rein gauche ont le côlon descendant qui les croise de haut en bas ;

3° Quand l'intestin est en avant d'une tumeur abdominale douteuse, il faut examiner l'urine : on y trouve du sang, du pus, de l'albumine, des cellules épithéliales quand le rein est malade, ou du moins on constate leur existence dans les antécédents ;

4° Quand l'intestin est en avant de la tumeur, la percussion est infidèle, et à la palpation on a la sensation d'un bourrelet épais, mobile : gargouillements perçus par la malade, distension provoquée par l'insufflation pratiquée par le rectum ;

5° La tuméfaction rénale débute vers les fausses côtes et l'os iliaque ; les kystes ovariques, dans la région inguinale et iliaque de bas en haut.

6° Quand un kyste rénal se vide (par l'uretère ou la vessie) ou un kyste ovarique (par la vessie, l'intestin ou le vagin), l'examen du liquide (physique et chimique) peut être fait.

7° Le *rein mobile* peut être confondu avec un kyste ovarique petit et à long pédicule, mais il a une forme caractéristique, il est mobile et on obtient des changements dans la percussion quand on déplace le rein.

8° Symptômes des tumeurs rénales du côté des organes urinaires :

(1) *Brit. and foreighn med. Surg. Rev.*, avril 1867. — *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 318.

hématurie, calculs, albuminurie, coliques néphrétiques ou changements dans les urines.

Symptômes des tumeurs ovariques du côté des organes génitaux : menstruation troublée, douleurs dans les périodes cataméniales, utérus plus ou moins mobile.

2. Spencer Wells entreprit une ovariotomie qu'il dut abandonner à cause des adhérences : la mort s'ensuivit et l'autopsie fit reconnaître qu'on avait affaire à un kyste rénal (1).

Dans un cas le diagnostic put être fait, grâce à une ponction exploratrice avec examen microscopique : il y avait encéphaloïde du rein droit.

Dans un second cas, il y avait fluctuation : on ponctionna et il y eut issue de deux calculs (pyonéphrose du rein droit avec arrêt de deux calculs dans l'uretère) (2).

3. D'après Boinet (3), le *rein mobile* (*luxation, déplacement du rein*), doit être bien rare et dû presque toujours à une anomalie congénitale. D'après les auteurs, on observerait alors les mêmes symptômes que dans l'ovarite chronique qui si souvent est le point de départ des kystes de l'ovaire. Boinet cite trois cas d'erreur de ce genre : une fois il y avait kyste hydatique du péritoine et deux autres fois des kystes de l'ovaire. Il recommande d'être très-prudent et de ne recourir qu'à la dernière extrémité à une ponction, même exploratrice, pour éclairer le diagnostic.

4. Cruveilhier a fait la remarque (4) que c'est presque toujours le rein droit qui est ainsi déplacé et que cet accident, très-rare chez les hommes, est assez commun chez les femmes, ce qu'il attribue à la pression du corset sur le foie : « Le rein, dit-il, est alors comprimé entre le foie en avant, les côtes inférieures et la colonne vertébrale en arrière : il est alors comme énucléé du lit sur lequel il repose sans y adhérer, comme un noyau de prune entre les doigts qui le pressent. »

(1) Voir pour une erreur de ce genre : KIRSTEN. *Zur Diagnose der Unterleibsgeschwülste. Monatschr. für Geb. suppl.* Heft, 1863.

(2) Voir aussi CAZEAUX, Thèse, p. 126; RIPAULT (*Kyste acéphalocyste du rein*), cité par les auteurs du *Compendium*, t. III, p. 630, Bruxelles.

(3) *Maladies des ovaires*. Diagnostic différent.

(4) *Anatomie pathologique générale*, vol. II, p. 158 et 301.

La comparaison d'un grand nombre de cas prouve l'exactitude de la manière de voir de Cruveilhier. Fritz (1) a réuni 35 cas de reins flottants : sur ce nombre 5 seulement appartenaient aux hommes.

5. Ed. Martin (2) a vu un cas où en même temps qu'un cancer ramolli de l'utérus, il existait une concrétion calculeuse qui avait bouché l'orifice urétéral droit dans la vessie et amené une énorme distension du bassinet droit avec atrophie presque complète du rein.

Haller (3) a vu le bassinet du rein assez distendu pour contenir 2 livres d'air.

Cazeaux a observé une tumeur du rein qui occupait tout le côté gauche de l'abdomen, soulevant les côtes et s'étendant jusque dans la fosse iliaque : cette tumeur, fluctuante dans une partie de son étendue, avait refoulé les intestins à droite et en haut, et l'autopsie fit reconnaître un cancer encéphaloïde du rein (4).

D'après Ripault, on aurait pris pour un kyste de l'ovaire une tumeur due à des acéphalocystes du rein (5).

23. Tumeurs de la rate.

1. L'*hypertrophie* considérable de cet organe, dont le bord inférieur peut descendre jusque dans le bassin, sera reconnue à l'aspect leucémique des malades, aux antécédents qui apprennent qu'il y a eu fièvre intermittente grave et prolongée au début de la formation de la tumeur : en outre, on pourra toujours reconnaître le hile prononcé du bord de la rate et l'intégrité des organes génitaux. Bauchet cite un bel exemple de cette affection et où l'on aurait pu facilement se laisser entraîner à un faux diagnostic.

(1) *Archives de médecine*, 1859, vol. II, p. 158 et 301. — Voyez une observation curieuse de Nélaton, in *Gazette des hôpitaux*, 1854. *Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jamain et Wahu, 1855.

(2) *Loc. cit.*, p. 62.

(3) *Opusc. pathol.*, obs. 60.

(4) Thèse cité, p. 126.

(5) Maunoir, *loc. cit.*, p. 24.

2. Un *kyste de la rate* peut aussi être confondu avec un kyste ovarique, ainsi que l'ont vu Tavignot (1) et Ripault (2).

Dans le fait rapporté par Tavignot, la rate était transformée en un kyste fibreux dont le plus grand diamètre, verticalement dirigé, avait 35 centimètres et atteignait le détroit supérieur en simulant une hydropisie enkystée de l'ovaire : fluctuation manifeste, ponction au lieu ordinaire, pas une goutte de liquide. A l'autopsie, kyste hydatique énorme.

Dans le travail de J. B. S. Hillairet (3) on trouve l'observation d'une tumeur ovarique qui fut prise et ponctionnée pour un kyste hydatique de la rate par Récamier, Bouillaud et Jobert.

Le 6 septembre 1867, Péan (4) ovariotomisa une jeune fille de 20 ans pour un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche qui n'était autre qu'un kyste de la rate énormément développé ; la malade guérit.

On peut trouver dans la thèse de Magdelain (5) une vingtaine de cas où l'erreur fut commise par des chirurgiens des plus exercés : l'autopsie seule vint révéler la nature et le siége de la tumeur. Presque toujours le kyste de la rate est hydatique ; un seul cas de kyste séreux est connu dans la science : il fut présenté à la Société anatomique par Leudet.

24. Tumeurs du foie.

1. Les *acéphalocystes* du foie atteignent rarement un volume suffisant pour simuler un kyste ovarique. De Haën cependant cite un cas de kyste du foie pris pour une hydropisie enkystée de l'ovaire et où une ponction retira 30 litres d'un liquide rougeâtre et glutineux (6). Bryant (7) a opéré une tumeur hydatique du foie qu'il avait prise pour un kyste de l'ovaire : tous les kystes furent enlevés et la poche-mère fut suturée par ses bords

(1) *Loc. cit.*, p. 51.
(2) Cité par les auteurs du *Compendium*, t. III, p. 630.
(3) *Essai sur les grossesses utérines abdominales* (périton). *Annales de la chirurgie française et étrangère*, septembre 1844. *Ann. de médecine belge et étrangère*, 1844, vol. IV, p. 189.
(4) *Ovariotomie et splénotomie*, 2e édit. Paris, 1869, p. 130 et suiv.
(5) *Ibid.*
(6) In Sabatier. *Médecine opératoire*, t. II, p. 187.
(7) *Guy's Hosp. Rep.*, t. XIV, p. 216, 1869. — *Jahresbericht*. 1870, p. 577.

avec ceux de la plaie abdominale, de manière à laisser une ouverture de 3″; des lavages journaliers furent faits, la poche se rétrécit peu à peu et la malade fut guérie complètement en seize semaines.

2. Ici, comme dans la plupart des tumeurs que nous venons de rappeler, on aura, pour se guider, le même ordre de symptômes; le développement de la tumeur de haut en bas, l'indépendance des organes génitaux, les commémoratifs, le frémissement vibratoire caractéristique, etc.

3. On trouve dans la clinique médicale d'Andral (1) une observation de kyste ovarique pris pour une hypertrophie du lobe gauche du foie.

25. *Hydropisie enkystée du péritoine.*

1. D'après Racle (2) *l'hydropisie enkystée des parois de l'abdomen, hydropisie enkystée du péritoine, hydropisie du péritoine, péritonite enkystée* (Dolbeau), décrite si minutieusement par Morgagni (3), est loin d'être démontrée dans son existence en tant qu'indépendante de toute autre affection. Dance partage la même opinion et croit qu'on a pris pour telle, soit des kystes ovariques adhérents à la paroi abdominale et dans lesquels on arrivait sans passer par la cavité péritonéale, soit des ascites avec formation de cloisons isolant la plupart des viscères de la poche séreuse. Aussi n'est-il pas étonnant que Morgagni renonce à la distinguer de l'hydropisie ovarique. Cruveilhier (4) n'en a jamais vu non plus et croit qu'on l'a presque toujours confondue avec les kystes ovariques.

2. Quoi qu'il en soit de l'origine réelle de cette hydropisie, sur laquelle a tant insisté P. Franck (5), et dont on ne peut aujourd'hui rejeter l'existence (6), voici les caractères qu'on lui assigne :

(1) *Maladies de l'abdomen*, t. II, p. 201.
(2) *Loc. cit.*, p. 511.
(3) Lettre XXXVIII°.
(4) *Anatomie pathologique générale*, 1856, t. III.
(5) *Des rétentions aqueuses.* — *Médecine pratique*, t. IV, 1825.
(6) Quoique rare, il faut effectivement l'admettre. Ainsi, outre les faits dont il sera question plus loin, citons encore le cas de Mouton et Delachaud, analysé par Morand (Académie de chirurgie); celui de Scott (*Archives générales de médecine*, 1848, t. III, p. 226), ceux de Degner (*Act. nor. cur.*, vol. V, obs. II), d'Anhorn (*Eph. acad. nov. cur. Cent.*, IX, obs. C, art. II). Les observations

1° Plus rare chez la femme que chez l'homme.

2° Ventre jamais très-volumineux, à forme évasée, jamais saillant : la tuméfaction est limitée, localisée.

3° La tumeur se porte plus en dehors que l'ascite, provoque moins la gêne de respiration, ne déplace pas les intestins qui sont placés au-dessous.

4° Se développe lentement.

5° Elle est toujours le résultat d'une péritonite ; aussi doit-elle être soupçonnée quand on constate la présence de tumeurs abdominales qui déterminent un certain degré d'inflammation autour d'elles, d'où adhérences multiples et enkystement du liquide, douleurs que les antécédents interrogés accusent avoir existé en des points limités.

6° Dans l'hydropisie enkystée, il y a état fébrile qui manque le plus souvent dans le kyste ovarique.

7° Percussion : matité dans un flanc, une augmentation de cette matité lorsque le décubitus a lieu sur ce côté. — Sonorité dans l'autre flanc, qui augmente par le même procédé (décubitus sur ce côté). Le double phénomène s'explique par la présence d'adhérences intimes qui empêchent le liquide de se porter vers la paroi abdominale.

8° Fluctuation facilitée par l'amincissement des parois abdominales, bornée, circonscrite, superficielle, toujours obtenue dans les mêmes points. Récamier recommandait de faire déprimer la ligne médiane du ventre entre le bord cubital des deux mains et de chercher alors la fluctuation d'un côté à l'autre de l'abdomen : on ne l'obtiendra de cette façon que si le liquide n'est pas dans l'épaisseur des parois abdominales.

3. Cette hydropisie est quelquefois enkystée dans plusieurs cellules séparées les unes des autres par des dépressions sensibles et placées spé-

de Chomel (*Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1728, p. 413) et de Brehem (*Act. nov. cur.* t. VIII, obs. LXXIX, p. 283) manquent de précision et doivent être rapportées à d'autres affections. — Enfin, comme le remarque Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, 1828, Bruxelles, t. IV, p. 235), Guillaume Mauquest de la Motte (*Traité complet de chirurgie*, 3e édit., t. I, Paris, MDCCLXXI, p. 434 et 435) relate deux faits assez probants de cette hydropisie enkystée du péritoine.

cialement sous la peau de l'abdomen. Lisfranc rapporte (1) que la ponction fut pratiquée chez une femme dont le ventre semblait divisé en quatre tumeurs qu'on n'avait pas hésité à considérer comme quatre kystes séparés : la femme mourut de péritonite et on ne trouva pas de kyste à l'autopsie; les intestins adhéraient aux parois abdominales, et il s'était de cette façon produit un retrait de la peau dans les points où existaient les dépressions, tandis que les parties saillantes s'étaient trouvées portées en avant par le fait de l'accumulation d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine.

4. Cette collection peut être volumineuse, peser jusqu'à 12 livres comme dans le cas cité par Joslin (2), où l'on retira 275 livres de liquide en 31 opérations. Les parois étaient ossifiées en certains points et à la face interne se trouvaient un grand nombre de kystes agglomérés.

5. Pour assurer le diagnostic, on peut, comme le recommande Dolbeau (3), pratiquer une ponction qui éclaire sur la nature du liquide, lequel est rarement brunâtre, visqueux dans l'hydropisie enkystée. — Après la ponction, le développement consécutif du ventre (la tumeur remontant graduellement dans l'abdomen), démontre qu'il y a plutôt kyste, tandis qu'une tumeur du péritoine, du mésentère ou de l'intestin est peu mobile, reste adhérente aux parties voisines.

6. Dans une observation rapportée par Boinet (4), il y avait tumeur molle, élastique, rénitente entre les fausses côtes et le nombril, circonscrite, sans changement de couleur à la peau, non douloureuse à la pression et ne gênant les organes environnants que par la compression : elle n'avait été le siége d'aucun travail inflammatoire : pas de battements ni d'élancements ni de douleurs; fonctions digestives régulières; fluctuation évidente pour Boinet, fausse pour les autres consultants qui l'attribuent à l'élasticité de la tumeur et pensent à un rein mobile, à un kyste du foie, à un abcès, à un engorgement ramolli des ganglions mésentériques. La

(1) *De l'hydropisie ascite. Diagnostic différentiel et traitement. Gazette des hôpitaux*, n° 37, 1842. — *Encycl. des sciences médicales*, 1842, t. X, p. 73, 4e série.

(2) *Adventitions fibroïd. sac in abdom.*, etc., in *Amer. J. of med. sc.*, janvier 1869, n° 113.

(3) *Leçons de clinique chirurgicale*, 1867, p. 153.

(4) *Gazette hebdomadaire*, 1860.

ponction exploratrice vint confirmer le diagnostic d'une *tumeur hydatique enkystée du péritoine.*

26. Phlegmon, hydropisie enkystée des parois abdominales.

1. Développés entre les diverses couches des parois abdominales ou entre celles-ci et le péritoine. — Les docteurs S. D. Scott et F. C. Réamer donnent l'histoire d'une jeune femme de 20 ans qui, réglée à 14 ans, éprouva peu de temps après une suppression menstruelle : ce fut l'origine de troubles fréquents dans cette fonction : deux mois plus tard, il y avait augmentation dans le volume du ventre : il s'accrut insensiblement au point qu'en trois années, on fit 14 ponctions et on retira 225 pintes de liquide. A l'autopsie, on trouva des tumeurs kystiques développées dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, entre les parois abdominales et le péritoine, considérablement épaissi : une première occupait la partie postérieure de l'hypocondre et de la région lombaire gauches et contenait environ 2 pintes de sérosité transparente, une autre, de 12 à 15 livres, formée de nombreux petits kystes disséminés dans une coque fibreuse, se trouvait attachée à l'hypocondre et à la région lombaire droits ; une troisième enfin, semblable à la précédente, et pesant 10 livres, occupait toute la région iliaque droite, l'hypogastre et la région pubienne. Les organes abdominaux étaient sains.

2. On reconnaît ces sortes de tumeurs en procédant comme il vient d'être dit précédemment (1).

27. Infiltration colloïde du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Cette bizarre affection a été décrite pour la première fois par Martin (2). Il l'observa chez une femme de 58 ans qui avait souffert d'une péritonite

(1) Voir ABEILLE. *Traité des hydropisies et des kystes.* Paris, in-8°, 1852, p. 519 et 587. — COPLAND'S *Dictionary*, art. Dropsy. — S. LEE. *On tumours of the uterus*, p. 123. — BRODIE. *Medic. Gazette*, vol. I, p. 334. — THOMSON, *ibid.*, p. 468. — CRUVEILHIER. *Traité d'anatomie pathologique*, vol. III, p. 518. — M. C. HAWKINS. *Med. chir. Transact.*, vol. XVIII, p. 75. — CHAUTOURELLE. *Archives de médecine*, 1831, vol. XXVII, p. 218.

(2) *Loc. cit.*, p. 69, 70 et 71.

à 40 ans, suppression des menstrues depuis 15 ans et douleurs vives dans la tête et les membres depuis lors. Il y a 18 mois, les douleurs ont cessé, mais le ventre est devenu volumineux, 5 paracentèses. A l'autopsie : ascite et tissu cellulaire péritonéal tout entier rempli de tumeurs du volume d'un pois à celui d'une pomme, non enkystées et formées d'une masse gélatineuse jaunâtre.

Ces tumeurs, presque toujours accompagnées d'ascite, auraient pu facilement, dit l'auteur, être distinguées les unes des autres après évacuation préalable du liquide péritonéal.

Telles sont toutes ou à peu près toutes les affections de l'abdomen qui, par suite de la *matité* constatée parmi leurs symptômes ont pu, comme il en est des exemples, occasionner des méprises malheureusement quelquefois fatales aux malades. Nous croyons cependant qu'à l'aide des moyens que la science met à notre disposition, et une habitude clinique suffisante, il est toujours possible de poser le diagnostic différentiel ou du moins de se créer des doutes qui légitiment l'emploi d'une investigation plus directe, comme le serait la ponction exploratrice, par exemple.

Quoi qu'il en soit, nous croyons intéressant de rapporter le plus brièvement possible une observation remarquable au point de vue qui nous occupe, relatée par Boinet (1), et où une hydropisie de l'ovaire fut prise pour une grossesse normale, une grossesse extrà-utérine, un amas de matières fécales et diverses autres tumeurs, etc., et cela par les chirurgiens les plus autorisés. De pareils faits comportent toujours d'utiles enseignements.

Une jeune fille, âgée de 16 ans, fut admise à l'Hôtel-Dieu, le 16 septembre 1836, pour une rétention d'urine, avec développement considérable du ventre : réglée à 12 1/2 ans sans accidents : suppression à 15 1/2 ans, à la suite d'une vive émotion. Trois semaines après cette suppression, le

(1) *Histoire remarquable d'une hydropisie probablement de l'ovaire prise pour diverses tumeurs de cet organe, suivie de réflexions sur la difficulté du diagnostic des tumeurs qui se développent dans le ventre. Encyclographie des sciences médicales*, 4e série, t. II, n° 2, p. 301. — *Gazette médicale*, 1840, p. 347. — *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 71.

ventre commence à grossir : douleur sourde, profonde dans le côté gauche. — A son entrée à l'hôpital : bonne santé générale, ne se plaint que de sa rétention d'urine et de son gros ventre. — Cathétérisme soir et matin.

Ventre dévéloppé uniformément dans tous les sens, sans duretés, ni fluctuation; à la vue, il paraît celui d'une femme grosse à terme.

Percussion : Dans le flanc droit et dans l'espace situé au-dessous du nombril, sonorité remarquable très-prononcée : dans le flanc gauche au contraire, matité et, à la pression, sensation élastique et douleur.

Auscultation : Aucun signe.

Seins de volume ordinaire, sans changement physique ou physiologique, nullement douloureux, frais comme ceux d'une vierge.

Ne paraît pas avoir eu de rapports sexuels. Col utérin long, effilé, saillant dans le vagin. — Pas de battement (toucher la fille étant à genoux). Le toucher rectal n'apprend rien. Utérus en position ordinaire, sans augmentation de volume. — Rien d'anormal dans la vessie.

Roux, à un premier examen, croit à une grossesse normale et, à un second, refuse de se prononcer.

Montain croit à une grossesse compliquée de la mort du fœtus, d'où production et épanchement de gaz soit dans l'utérus, soit dans l'ovaire : grossesse utérine, tubaire, ovarique ou abdominale.

Récamier ne se prononce pas, mais soupçonne un amas de matières fécales dans la fin du gros intestin.

Blandin croit à une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche (matité).

Jobert ne peut se prononcer pour l'une plutôt que pour l'autre de ces différentes affections. — D'autres consultants croient à une rétention des règles dans l'utérus.

Jobert pense qu'il y a tumeur développée dans l'épaisseur du péritoine : une sonde de femme pénètre dans l'utérus jusqu'à la profondeur d'un pouce à 1 1/2 pouce.

La malade demeure à l'Hôtel-Dieu jusqu'en mars 1837 ; rentre à Saint-Louis en juin de la même année dans le service de Maury qui reste également dans le doute. A la succussion brusque, on entend un flot de liquide qui paraît contenu dans un point assez circonscrit du ventre dans la région

latérale gauche et inférieure de l'abdomen, où il existe toujours une forte matité : pour le reste mêmes symptômes qu'autrefois et santé générale toujours excellente, malgré les divers traitements subis.

Boinet examine ensuite les raisons ou symptômes qui avaient pu justifier ces diagnostics si divers, en même temps que ceux qui auraient dû les faire rejeter.

Pour admettre une grossesse, il y avait : le développement du ventre, la suppression des règles, la belle santé de la jeune fille, son âge, l'intégrité des fonctions. — Mais outre que ces symptômes se rencontrent également dans la rétention des menstrues, l'hématocèle rétro-utérine, l'hydropisie ascite ou enkystée, la tympanite, les tumeurs des ovaires ou du bassin, etc., il en existait d'autres qui devaient éloigner cette idée : l'état du col de l'utérus, des seins; l'absence de ballottement, de changement dans la situation et le volume de la matrice; le défaut de mouvements actifs.

Grossesse compliquée de la mort du fœtus : pas de symptômes généraux, bonne santé de la jeune fille, état et situation de l'utérus.

Tumeur extra-utérine, rétention menstruelle, polype, corps fibreux, môle, hydrométrie : le volume et la situation normaux de l'utérus, ainsi que le résultat de l'exploration par la sonde devaient faire rejeter ces différents diagnostics.

Tumeur abdominale : *a*) Accumulation de matières fécales : les selles régulières et dont l'état n'indiquait ni de la constipation, ni de la diarrhée; l'absence de coliques, les digestions régulières, l'absence d'inégalités, de bosselures dans la région iliaque gauche, l'examen du rectum, devaient faire abandonner cette idée.

b) Epanchement sanguin organisé dans l'abdomen : aucune raison ne pouvait le faire admettre.

c) Hématocèle rétro-utérine : les symptômes du début avaient manqué (nausées, vomissements, frissons, fièvre, etc.), pas de reliefs ni de bosselures dans la tumeur dont la consistance était molle, pas de coliques ni de douleurs expulsives, aucun symptôme au toucher, voies digestives intactes.

d) Tumeur fibreuse ou squirrheuse. La mollesse, la rénitence de la tumeur, l'âge et la santé de la malade ne pouvaient y faire songer.

On arrive ainsi par exclusion à admettre l'idée d'une hydropisie enkystée de l'ovaire dont on retrouve d'ailleurs tous les caractères : âge, santé générale, marche de la maladie, matité dans la région iliaque gauche, douleur à la pression, élasticité et rénitence dans ce même point, sonorité dans le flanc droit, intumescence du ventre; sensation d'eau dans le ventre éprouvée par la malade elle-même, etc.

Il est d'autres affections de l'abdomen où manque la matité, mais qui n'en ont pas moins été le sujet d'erreurs parfois regrettables. Qu'on se rappelle au reste que tous les kystes ovariques ne sont pas absolument mats; que souvent chez ceux qui ont été soumis à l'injection iodée, il y a formation de gaz dont le mélange avec le contenu liquide peut produire de la sonorité à la percussion. En pareil cas néanmoins la succussion détermine un gargouillement caractéristique qui mettrait sur la voie, ainsi qu'il a du reste été dit à propos de l'observation de Martin (1). Dans d'autres circonstances enfin, par suite de communication avec les intestins ou par l'interposition d'anses intestinales entre la paroi abdominale et la tumeur, il se produit aussi une sonorité qui peut tromper.

28. Tympanite abdominale.

1. D'après Boinet (2), qu'il faut toujours consulter pour ce diagnostic difficile des kystes ovariques, il n'y a pas dans ce cas fluctuation; il y a peu de pesanteur du ventre, qui ne se déjette ni à droite, ni à gauche : les parois abdominales sont fort tendues et ne reçoivent qu'une impression fugitive du doigt qui les pousse. Sonorité de tout l'abdomen à la percussion. — Constipation opiniâtre. — Nature et forme des selles. — Etat des voies digestives et santé générale des malades.

2. Dans le cas 27e de Bright (3), il y avait distension hystérique des intestins, qu'on prit pour une tumeur de l'ovaire, et on pratiqua une opération dans le but d'extraire le liquide.

(1) *Loc. cit.*, VIII Fall, s. 59. Voir aussi Dolbeau, *loc. cit.*, p. 132.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1860, et *Maladies des ovaires. Diagnostic différentiel*, p. 201.
(3) *Annales de médecine belge et étrangère*, 1838, t. IV, p. 82.

Dans un cas dont Boinet rapporte l'observation, le ventre était ballonné, uniforme, très-élastique. — Par la dépression des parois abdominales, on ne reconnaissait aucune tumeur dans le ventre. Pas de fluctuation. Son clair et sonore partout. Pas d'infiltration des membres inférieurs. Utérus à sa place. Digestions mauvaises, coliques abdominales, vents expulsés à tout moment, constipation habituelle, excréments rares, durs, petits. Chaleur, soif, fièvre. Membres amaigris.

Cette femme fut opérée : il y avait affection cancéreuse du tube intestinal avec tympanite consécutive. Avec de tels éléments de diagnostic on est en droit de se demander comment semblable méprise ait pu être commise.

Lizars, d'Edimbourg, tomba dans la même erreur avec ses consultants, lorsqu'il voulut inaugurer l'ovariotomie dans la Grande-Bretagne : il ouvrit le ventre à une femme atteinte de tympanite et d'obésité, mais de kyste ovarique point (1).

29. Grossesse hystérique ou nerveuse.

1. Elle présente tous les signes rationnels d'une grossesse réelle qu'elle simule à s'y méprendre. Ici encore, il faut se tenir en garde contre les dires de la malade, soit qu'elle désire vivement être enceinte, soit au contraire qu'elle le craigne.

2. Le docteur Dufay, de Blois (2), diagnostiqua une grossesse là où il crut plus tard qu'il y avait eu kyste, lequel se serait rompu dans une chute; le ventre s'affaissa à la suite de l'accident et la malade guérit. Chez cette malade le ventre grossissait régulièrement, les seins étaient devenus plus gros et plus sensibles, les chocs étaient perçus par la main de l'accoucheur appliquée sur le ventre (contractions musculaires spasmodiques : malade très-nerveuse) : bruit de souffle (bruit artériel des chlorotiques ou compression exercée par les spasmes musculaires). A neuf mois, douleurs annonçant un commencement de travail, puis douleurs expultrices assez

(1) Voir l'historique de l'*Ovariotomie*.
(2) Boinet in *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 104.

fortes : col utérin ramolli, diminué de longueur et admettant la pulpe du doigt. Dufay attribue ces douleurs à une névralgie utérine intermittente qui a reparu différentes fois plus tard.

Or, d'après Boinet, il n'y aurait pas eu davantage de kyste ovarique chez cette malade, parce qu'il n'y a pas eu de douleurs à sa soi-disante rupture dans le ventre et qu'à pareil volume, Dufay l'eût reconnu sans hésitation. Le toucher, la percussion et la palpation bien faits eussent empêché son erreur et lui eussent fait reconnaître une *grossesse nerveuse.*

3. La *Revue médicale étrangère* (1) a publié également un exemple de grossesse nerveuse chez une jeune fille de 17 ans qui se masturbait.

4. Il faudrait un peu plus d'attention dans le cas où l'utérus aurait augmenté de volume, soit que sa cavité se fût remplie d'un corps étranger solide ou liquide, soit que sa substance fût le siége d'une tumeur en même temps que la femme fût hystérique et à ventre développé, avec les symptômes de la grossesse nerveuse que nous venons d'énumérer.

30. Physométrie. — Tympanite utérine. — Pneumatose utérine.

1. Résultat de l'introduction de l'air par la seringue à injection, de la formation de gaz provenant de la décomposition des débris du fœtus ou du placenta, d'un polype ou de quelque caillot menstruel ; cette affection peut aussi dépendre, ce qui est beaucoup plus rare, de l'altération même du liquide séro-muqueux de l'hydrométrie (2).

La tympanite utérine dite *essentielle*, c'est-à-dire résultant d'une exhalation gazeuse s'opérant à la surface de la membrane interne de l'utérus est rare, si même il n'y a pas une fausse interprétation du phénomène (3).

2. Tumeur nettement circonscrite, régulière, globuleuse, élastique; puis, comme signes caractéristiques :

Sonorité dans une région limitée par le globe utérin — légèreté de

(1) 1857, 1er juin.

(2) Courty. *Maladies de l'utérus*, p. 892.

(3) Pomme. *Des maladies des nerfs. — Recueil de la Société médico-chirurgicale de Bologne*, 1830.

l'utérus, constatée par le toucher vaginal et le palper hypogastrique — éructations vaginales (1), femme hystérique.

La physométrie dépendant de l'hydrométrie peut donner lieu aux symptômes des deux affections : les gaz occupant toujours la partie supérieure de l'utérus et la succussion donnant lieu au bruit caractéristique du mélange d'un liquide avec un gaz (2). C'est là une complication rare, mais qui a été observée (3).

3. Assez fréquemment le malaise occasionné par cette tumeur provoque des symptômes généraux d'une certaine gravité : soif, anorexie, frisson, fièvre légère à exacerbations, etc. (4).

4. Les antécédents suffisent souvent à eux seuls pour éviter une erreur. Dans l'observation du docteur Pollet (5) et rapportée par Boinet (6), la tympanite utérine fut prise pour une grossesse.

ARTICLE DEUXIÈME. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DE L'OVAIRE.

La tumeur siége bien dans l'ovaire, mais quelle en est la nature?

Les tumeurs ovariques peuvent être *fluctuantes* ou *solides*.

a. TUMEUR FLUCTUANTE.

51. Ovarite terminée par une poche suppurante.

1. Fluctuation partielle : la palpation fait reconnaître certaines parties dures; dès le début, il y a douleur et sensibilité à la pression.

2. Dans l'hydropisie enkystée, la fluctuation est plus évidente, plus uniforme, le volume de la tumeur est plus considérable. L'abdomen est

(1) CHOMEL. *Dictionnaire de médecine*, t. XVII, p. 196.

(2) GOOCH. *Diseases of Women*, p. 241. — SCANZONI, *loc. cit.*, p. 166.

(3) A. BENEDICT, C. DE VIGA, LAURENT, JAUBERT, FRANCK, LISFRANC in *Bibliothèque du médecin praticien*, t. I, p. 474.

(4) LISFRANC. *Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 122.

(5) *Journal médico-chirurg.* de MALGAIGNE, 1849, t. VI, p. 303.

(6) *Maladies des ovaires*, p. 199. Voir TEISSIER de Lyon. *De l'hydropisie et de la tympanite utérine hors de l'état de gestation. Gazette médicale de Paris*, 1844, p. 1. — JOBERT. *De l'hydropisie du col utérin. Journal de chirurgie*, t. I, p. 265. Paris, 1843. — P. FRANCK. *Traité de médecine pratique*, t. II, p. 20. Paris, 1842. — BONET.

plus élevé, la douleur spontanée et la sensibilité abdominale ne surviennent qu'à la dernière période (1).

3. Quoique les ovarites suppurées atteignent rarement un volume aussi considérable que celui des kystes de l'ovaire, il est cependant des exemples où la tumeur qu'elles formaient était extraordinaire. Ainsi, on en a vu où l'organe avait 4 à 5 fois son volume ordinaire (2), était plus gros que la tête d'un enfant (3), que celle d'un homme adulte (4); d'autres faits ont été observés où la tumeur renfermait 20 pintes de pus (5), mais, comme nous l'avons déjà fait remarquer (6), ces cas extraordinaires doivent être plutôt rapportés à des kystes ovariques enflammés et suppurés.

4. Nous avons vu, à propos du diagnostic différentiel des abcès de la fosse iliaque, les caractères accusés par les kystes enflammés et suppurés, et on peut en déduire les signes qui les séparent de l'ovarite suppurée. — Les antécédents seront d'un grand secours dans une question hérissée de difficultés : il est toujours important que l'ovarite soit reconnue au début (7).

b. TUMEURS SOLIDES.

En général, dirons-nous avec Courty (8), elles ont une dureté plus considérable, un volume moindre et exercent une compression plus marquée sur les organes voisins. Les kystes de l'ovaire se déplacent et se dépriment mieux.

a. TUMEURS SOLIDES BÉNIGNES.

32. *Fibroïdes.*

Ils ont des symptômes généraux caractéristiques de leur développe-

(1) CHURCHILL, *loc., cit.*, p. 599, d'après BOIVIN et DUGÈS. Paris, 1833, t. II.

(2) CRUVEILHIER. *Anat. pathologique*, 13e livraison.

(3) PORTAL. *Anat. médic.*

(4) VATER in HALLER. *Disput. med.*, t. IV, p. 401.

(5) ANDRAL d'après TAYLOR. *North amer. med. and surg. J.* 1826. D'après BOINET (*Maladies des ovaires*, p. 48), TULPIUS, DE HAEN, MORGAGNI, LIEUTAUD, PANAROBE, CHAMBON citent de pareils exemples que l'on peut également rencontrer dans les *Mémoires de chirurgie*, les *Éphémérides d'Allemagne*, les *Mélanges des curieux de la nature*, les *Transact. philosoph.*, etc.

(6) *Terminaisons.*

(7) Voir plus haut, article *Ovarite.*

(8) *Loc. cit.*, p. 939.

ment : douleurs violentes qu'amènent les accidents de compression, sans retentissement sur la santé générale. — Une ponction exploratrice, sans nuire à la malade, mettrait sur la voie d'un diagnostic toujours difficile, par la sensation spéciale que l'on éprouve à l'introduction de l'instrument dans la tumeur, et l'absence du liquide constatée.

β. TUMEURS SOLIDES MALIGNES.

33. Cancer, squirrhe, encéphaloïde, tubercules.

1. Toute tumeur solide des ovaires doit être suspecte au diagnostic, dit Kœberlé à propos de son observation VIII, où il existait un cancer des deux ovaires.

2. Si l'affection est cancéreuse, dit de son côté Baker-Brown (1), les parois du kyste sont plus épaisses, mais inégalement : la surface en est bosselée, irrégulière. — Le volume est rarement aussi considérable. C'est comme un composé de tumeurs multiples, de consistance variable, exerçant sur les organes voisins une compression plus forte et ayant avec l'utérus des relations plus intimes (2). Le développement est plus rapide pour les tumeurs cancéreuses (3), les douleurs plus fortes, souvent lancinantes, la constitution plus altérée, la santé et les forces disparaissent plus vite, la nutrition est très-imparfaite et enfin la cachexie apparaît.

Plus souvent que dans les kystes, il y a œdème des membres inférieurs et des parois abdominales (4), anasarque, ascite, péritonite partielle.

3. Le développement des ganglions abdominaux, l'envahissement d'autres parties du corps par la production cancéreuse, doivent faire établir un pronostic funeste.

4. Lorsque l'ascite complique le cancer, derrière le liquide reconnu par la percussion, il faut, par une palpation profondément faite, aller recon-

(1) *De l'hydropisie*, etc., chapitre IV.

(2) COURTY, *loc. cit.*

(3) Cette marche serait au contraire plus lente, d'après BLUNDELL. *On diseases of Women*, p. 108.

(4) TYLER SMITH. *Med. Times*, april 1864, p. 438.

naître les caractères de la tumeur. On évitera probablement ainsi l'erreur qui fait le sujet d'une observation citée par Boinet (1), où un cancer ovarique avec ascite fut pris pour un kyste multiloculaire avec ascite.

5. Dans l'observation de Blachez (2), une femme crue grosse dépassait le terme de deux mois : aspect cachectique, forme abdominale comme dans une grossesse ou dénotant, dans tous les cas, plutôt une tumeur que l'ascite. Sonorité sur les côtés ou au moins à droite, ne variant pas, quelle que fût la position de la malade (adhérences). Fluctuation manifeste partout. Règles cessées depuis trois mois seulement. Utérus sain. Quelques tumeurs lobuleuses perceptibles par le rectum.

2 ponctions successives : liquide sanguinolent, un peu violacé, trouble, non filant, d'où le diagnostic : Ascite par inflammation péritonéale, déterminée par des tumeurs trop petites pour être perçues.

3° ponction : liquide trouble, non odorant (sang altéré) : on sent maintenant une tumeur coiffant l'utérus à gauche; d'où le diagnostic : cancer de l'ovaire gauche.

Ce diagnostic, dit Boinet, eût dû être fait du premier coup, en tenant compte de la constitution chétive, de l'aspect cachectique de la malade, ainsi que de la nature du liquide (trouble, sanguinolent, de mauvaise nature) fourni par les ponctions.

Chez une fille de 9 ans, masturbatrice, un cancer de l'ovaire droit fut pris pour un kyste multiloculaire avec poches à contenu de densité différente, dans le service de Barthez à Sainte-Eugénie (3).

6. Les *tubercules*, rares dans l'ovaire (Andral, Louis, Regnaud), coïncident toujours avec des tubercules dans d'autres organes. Regnaud a observé une fois un écoulement de matière tuberculeuse par le vagin (4).

Le diagnostic par exclusion est fait : c'est bien d'un kyste de l'ovaire

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 153.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 51.
(3) *Gazette des hôpitaux*. Société de chirurgie, 1860. JAMAIN et WAHU. *Annuaire de médecine*, 1861, p. 119.
(4) MAUNOIR, *loc. cit.*, p. 8.

qu'il s'agit, mais ce n'est pas tout; pour établir un traitement rationnel, le devoir de chirurgien est de déterminer aussi rigoureusement que possible :

1° La variété à laquelle ce kyste appartient.

2° La nature de son contenu.

3° L'ovaire malade.

4° Les complications de la tumeur.

5° Ses relations.

ARTICLE TROISIÈME. — DIAGNOSTIC DES VARIÉTÉS.

1. *Kyste uniloculaire.*

1. Il se développe plus rapidement et acquiert un volume plus considérable que le kyste multiloculaire.

2. Lorsqu'il est considérable, qu'il a envahi toute la cavité abdominale, il donne au ventre la forme saillante en pointe comme dans une grossesse à 9 mois, car par son augmentation de volume, le kyste tend à se précipiter en avant et communique ainsi au ventre une forme conique.

Si ce volume est plus considérable encore, le kyste atteint les parties supérieures du ventre, la forme conique disparaît pour faire place aux apparences d'un abdomen ascitique (1).

3. Au palper, la tumeur est unie, lisse : lorsqu'il est possible de la circonscrire et de la comprimer contre la fosse iliaque, on reconnaît ainsi une dépressibilité élastique et une certaine fluctuation.

Une *pichenette* (2), appliquée sur un des points du ventre, est perçue par l'autre main appliquée n'importe où, mais de préférence au point opposé à celui où se fait la percussion. Cette fluctuation est nette et beaucoup plus tranchée que dans les kystes multiloculaires.

4. La percussion indique de la matité dans toutes les parties antérieures et inférieures du kyste et de la sonorité seulement au creux épigastrique

(1) Aran, *loc. cit.*, p. 1059.
(2) Boinet. *Gazette hebdomadaire*, 1860.

et dans les flancs ou les parties latérales inférieures de l'abdomen, quelle que soit la position donnée à la malade.

5. Le ballottement, pratiqué par la méthode si bien décrite par Fournet (1), donne le choc bref des tumeurs liquides mobiles, fortement distendues : il y a sensation d'élasticité sans dureté, fuite rapide et choc en retour, et comme le kyste est à surface lisse, régulièrement convexe, le ballottement est uniforme sur chacun des points.

6. La santé générale dans les kystes uniloculaires est presque toujours bonne et rarement les membres inférieurs sont infiltrés.

2. *Kyste multiloculaire.*

1. Si le ventre est uniforme, ne présente aucune bosselure, par la pression on perçoit, quand le ventre n'est pas trop tendu, des inégalités, des duretés, des masses plus ou moins considérables, plus ou moins mobiles, de forme et de volume divers, ordinairement globuleuses, sphéroïdales, d'un tissu plus ou moins résistant, dur, mou ou élastique. Ces masses, comme des corps sphériques ou peu aplatis, sont parfois tellement volumineuses qu'elles simulent un déplacement viscéral : foie, rate, rein (2).

Parfois aussi des bosselures, des dépressions plus ou moins apparentes indiquent plus ou moins la division des kystes en plusieurs poches (3). Quelquefois une poche, quoique unique, paraît double ou triple par suite de la compression exercée par des adhérences épiploïques comme dans le cas de Tyler Smith, où une bande d'épiploon exerçait une constriction selon une sorte de zône, qui bilobait la tumeur (4).

2. Le développement est lent : son accroissement se fait peu à peu, et une fois qu'il a acquis un certain volume, ses parois s'épaississent et prennent parfois une dureté cartilagineuse (5).

(1) *Rev. med.*, juin 1840.

(2) BOINET. *Maladies des ovaires*. Diagnostic différentiel.

(3) Mémoire de BRÉRA. *Journal médico-chirurgical*, t. II, p. 92, cité par TAVIGNOT, *loc. cit.*

(4) COURTY. *Excursion chirurgicale en Angleterre. De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme*. Montpellier, 1864. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 522.

(5) Rapport de TAVIGNOT à la Société anatomique, sur un cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire. — *Bulletin*, 1840.

3. La fluctuation est plus restreinte que dans le kyste uniloculaire : il n'y a pas de fluctuation générale, mais des fluctuations locales, partielles, limitées en superficie par l'étendue de chaque loge, dans les seuls points où les loges sont en contact avec les parois abdominales. La pichenette n'est plus perçue par l'autre main que dans la circonscription de la loge.

4. Il y a presque toujours une poche principale autour de laquelle sont groupées toutes les autres, et celles-ci sont d'autant plus consistantes et d'apparence plus solide qu'elles sont de moindre volume.

5. Quand le liquide est épais, filant, l'ondulation devient obscure ; de même quand les parois sont épaisses, qu'il y a des tumeurs dans ces parois ou que le kyste est divisé en plusieurs cellules.

6. Le ballottement peut encore être utile ici par la comparaison des chocs successifs qu'il produit et qui font reconnaître la forme bosselée de la tumeur.

7. L'état général est souvent mauvais avec un kyste multiloculaire.

8. Il est des cas où, comme le dit Maunoir (1), le diagnostic peut présenter une grande complexité : il arrive que l'une des poches d'un kyste multiloculaire renferme du liquide séreux ou gélatineux quand la poche voisine contiendra du pus. Il peut se présenter aussi le cas éminemment favorable, dont parlent Velpeau et Cruveilhier, de la transformation d'un liquide gélatineux en liquide séreux. Alors, à la suite d'une ponction dans un kyste multiloculaire gélatineux, l'une des cavités contient du liquide épais, tandis que l'opération pratiquée sur l'autre aura délayé, pour ainsi dire, la matière gélatineuse dans une nouvelle sécrétion séreuse de nature probablement inflammatoire. Cette considération devrait engager les praticiens à tenter l'opération sur la même loge où elle a été déjà faite, dans les cas de kystes multiloculaires gélatineux.

9. Dans une observation remarquable publiée dans le journal *Le Progrès* (2), une jeune femme, examinée par plusieurs médecins de la Faculté de Paris, fut déclarée à la vérité atteinte de kyste ovarique, mais la consultation de chacun d'eux était différente tant pour la variété de la

(1) *Loc. cit.*, p. 27.
(2) 1858, n° 36, p. 261.

tumeur que pour son contenu. — La tumeur était de volume ordinaire, globuleuse, fluctuante dans tous ses points, mais cette fluctuation n'était pas nette, était comme empâtée, embarrassée : le flot du liquide n'arrivait pas d'une manière brusque au point opposé à celui où la percussion était pratiquée : en outre, cette tumeur était depuis longtemps douloureuse au toucher, ce qui indiquait que depuis longtemps elle était le siége d'inflammation chronique, et que par conséquent le liquide devait être coloré : ce fut effectivement ce diagnostic posé par un dernier confrère qui fut vérifié par la ponction : kyste uniloculaire de l'ovaire gauche à liquide peu épais, légèrement filant et probablement de couleur chocolat (1).

A Lariboisière, dans le service de Chassaignac, le 1er décembre 1854, on ponctionna dans un kyste, une poche séreuse d'abord, puis, dans la même séance, sans retirer le trocart, une seconde poche à liquide de couleur café noir. — Le 3 décembre, la femme succomba à la péritonite. L'autopsie démontra l'existence de cinquante poches, alors que toutes les explorations les plus minutieuses n'en avaient fait découvrir que deux pendant la vie, à cause de la distension extrême du kyste (2).

10. Chez les malades amaigries, on peut examiner le ventre en procédant comme pour l'hydrocèle, à la lumière, pour s'assurer de la couleur foncée du liquide (3).

11. Dans les cas douteux, Bourdon recommande d'explorer par un trocart très-fin et de préférence par le vagin (4).

Simpson employait à cet effet une aiguille exploratrice, trocart très-délié avec canule appropriée (5).

Cette ponction exploratrice exige l'inclinaison du trocart en divers sens, pour vider successivement plusieurs poches d'un contenu relativement peu considérable et faisant peu diminuer le volume total : le fluide est plus gélatineux, plus épais ou diffère d'une poche à l'autre.

(1) BOINET. *Maladies des ovaires*, p. 151. — *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 69.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 598.
(3) KOEBERLÉ. *De l'ovariotomie*, observation I.
(4) Voir observation MONOD in BOURDON, *loc. cit.*
(5) LABALBARY, *loc. cit.*

Dans les cas douteux, Krassowsky n'hésite pas à recourir à la ponction exploratrice (1), tandis que Péan croit que non-seulement elle ne rend pas de services pour le diagnostic, mais offre des dangers sérieux par le brusque passage du liquide kystique dans la cavité péritonéale auquel elle expose, d'où accidents graves et souvent mortels, qu'on attribue trop souvent, à tort, à l'inflammation aiguë de la membrane interne du kyste. Dans tous les cas, il recommande, si l'on croit devoir y recourir, de se mettre en garde contre des dangers et d'être prêt à une détermination rapide lorsque des accidents graves viennent à éclater (2). West (3) considère également le trocart explorateur comme un instrument dangereux, pouvant allumer de sérieuses phlegmasies. Gosselin, au contraire, lui accorde une grande valeur, quoiqu'il ait perdu une opérée de péritonite (4).

Lefort (5) considère comme importante cette ponction préalable des kystes pour fonder le diagnostic : en février 1869, au moment de pratiquer l'ovariotomie chez une jeune malade, qu'il croyait atteinte du kyste multiloculaire, à contenu gélatineux, la ponction préalable prouva qu'il y avait kyste séreux, uniloculaire. En 1865 à la Charité, il vit, chez une femme qui réclamait l'ovariotomie, une ponction prouver qu'il y avait aussi kyste séreux, uniloculaire, et depuis le liquide ne s'est plus reproduit.

La constatation d'une tumeur fibro-plastique, développée au fond d'un kyste, comme cela avait eu lieu dans l'observation rapportée par Boinet, à la Société de chirurgie (6), ne devait pas faire diagnostiquer un kyste multiloculaire, selon Giraldès, mais bien uniloculaire et conséquemment un cas favorable à l'ovariotomie.

Quand on procède à l'exploration par le trocart, il faut avoir en mémoire ce cas de Bright que nous avons déjà cité, où il y avait une

(1) *Loc. cit.*, p. 5.
(2) Péan, *loc. cit.*, 2e édit., p. 12 et 13.
(3) *Loc. cit.*, p. 630.
(4) *Leçons cliniques. Union médicale*, 1869, p. 568 et 600.
(5) Société de chirurgie, 17 février 1869.
(6) Séance du 22 octobre 1862.

bande formée par le ligament large et la trompe étendue sur la tumeur : le trocart éprouva une telle résistance qu'il repoussa les parois et la tumeur : il ne s'écoula aucun liquide, bien qu'on crût avoir pénétré très-avant dans le kyste (1).

12. Voici du reste les précautions que recommande, pour la pratiquer, E. Martin (2) qui la considère aussi comme un des moyens les plus sûrs du diagnostic :

1° Le trocart employé doit avoir de 0,6''' à 0,9''' de diamètre : on risque ainsi beaucoup moins de blesser un vaisseau de la paroi kystique qu'avec un instrument 3 à 4 fois plus fort : d'ailleurs la plaie faite au kyste se referme plus facilement qu'avec une ouverture plus large.

2° On comprime le bas-ventre de l'opérée méthodiquement et progressivement, en suivant le retrait qui résulte de l'écoulement lent (petite lumière du trocart : peut dans quelques cas exiger une heure de temps) et complet du kyste.

3° On vide le kyste ponctionné le plus complètement possible pour éviter l'entrée du liquide cystique dans le ventre et de donner lieu ainsi à une violente péritonite.

4° S'agit-il de retirer la sérosité libre dans la cavité péritonéale, alors on n'a pas à enfoncer aussi profondément le trocart : il suffit de lui faire traverser les parois abdominales. L'a-t-on poussé trop profondément, et a-t-on pénétré dans la masse solide de la tumeur ovarique, on peut alors tout aussi bien évacuer la sérosité péritonéale par le retrait subit de la canule.

5° Chez les personnes pusillanimes, on emploie le chloroforme, selon les règles ordinaires.

13. On pourrait très-avantageusement, dans ce cas, recourir à *l'aspirateur sous-cutané du docteur G. Dieulafoy* : ce sont de longues canules-trocart, d'un volume si exigu que les organes les plus délicats peuvent être traversés par elles sans en être plus incommodés que par les

(1) *Annales de médecine belge et étrangère*, 1838, t. IV, p. 83.
(2) *Loc. cit.*, p. 79 et 80.

aiguilles à acupuncture, dont on connaît la parfaite innocuité. Cette canule-trocart, munie de 2 fentes à son extrémité, est introduite à la recherche du liquide supposé : on fait le vide au moyen du piston d'une seringue et l'on est ainsi renseigné sur le siége (direction et profondeur données à la canule) et la nature (examen microscopique) de la collection. — Quand on fait le vide dans le corps de pompe, le piston peut être arrêté dans le haut de sa course, de telle sorte que l'aiguille, étant préalablement introduite dans l'organe à explorer, il suffit d'adapter l'aspirateur et d'ouvrir le robinet correspondant, pour voir le liquide se précipiter de lui-même, et envahir rapidement le corps de pompe, sans que le moindre mouvement soit nécessaire de la part de l'opérateur (V. pl. X, fig. 6.) (1).

14. D'après les conclusions de Nunn (2), on ne doit pas ajouter grande confiance à l'examen microscopique du liquide évacué par la ponction : on n'obtient par là aucun renseignement bien positif sur la nature de ce contenu.

Spiegelberg (3), au contraire, insiste beaucoup sur l'utilité de la ponction dans les kystes ovariques, spécialement pour les distinguer

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, nº 45, p. 708, 5 novembre 1869.

Cet aspirateur sous-cutané, présenté à l'Académie impériale de médecine (1) par Gubler, diffère de la seringue de Guérin, par sa canule capillaire, mais réunit les conditions de l'appareil construit en 1856 par Mathieu, sur les indications de Laugier, qui s'en servait à l'Hôtel-Dieu (2). D'autre part, la revendication de priorité, présentée par Van den Corput, professeur à l'Université de Bruxelles, en faveur de son *trocart universel*, construit en 1855 (exposé à la vitrine de Bonneels : exposition de Paris) et publié en 1856 (3), a été admise par l'Académie impériale de Paris, sur le rapport de Broca, au nom d'une commission, dont ce chirurgien faisait partie avec J. Guérin et Denonvilliers (4). L'instrument de Dieulafoy n'est en somme qu'une modification ou un perfectionnement du trocart de notre compatriote.

L'aspirateur sous-cutané de Mariani (5), diffère de la seringue de Guérin, par son robinet à trois effets, qui permet de faire le vide dans le corps de pompe et d'aspirer ensuite les liquides sans autre manœuvre que d'ouvrir le robinet.

(2) LABALBARY, *loc. cit.*

(3) *Monatschr. für Geburtsk.*, XXXIV, s. 384, 1869 u. *Jahresber.*, 1870, s. 576.

(1) Séance du 16 avril 1870. — *Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 181.

(2) Protestation de Dieulafoy réfutée par Mathieu. *Gazette hebdomadaire*, 1870, p. 501.

(3) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1855-1856, p. 537 à 542. — Voir aussi même année, p. 508 à 519 (*Trocart exploro-aspirateur*), et la discussion, p. 475.

(4) Séance du 26 juillet 1870.

(5) *Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 126 (description et figures). — *Gazette hebdomadaire*, 1870, p. 122.

de l'ascite libre, ce qui n'est pas toujours facile, à beaucoup près : ainsi, d'après cet auteur, la qualité fortement albumineuse, et la diversité des productions épithéliales du liquide kystique servent à les différencier, mais dans la sérosité péritonéale qui renferme une substance fibrogène, se montre toujours après un certain temps et spontanément, un caillot, et dans le liquide kystique, jamais : dans celui-là, on rencontre des cellules amœboïdes, mobiles; dans celui-ci, jamais.

3. Kyste composé.

1. Par la palpation, on perçoit des parties solides, dures, résistantes, fluctuantes, à matité plus prononcée sur quelques points du kyste.

2. Selon Kiwisch (1), lorsqu'une vaste tumeur est composée principalement de petits kystes, ce qui est principalement le cas dans les dégénérescences alvéolaires, mais de moins grand volume, il n'y a pas de fluctuation à la percussion extérieure.

3. Dans les dégénérescences alvéolaires et le cystosarcôme, la fluctuation est indistincte même dans les vastes tumeurs, et cela en proportion de l'épaisseur de leurs parois. Dans ces formes de la maladie, la partie la plus basse de la tumeur, aussi loin qu'elle est accessible à travers le plancher vaginal et rectal, n'offre jamais de fluctuation, mais on la sent dense, élastique et généralement assez uniforme.

Dans les kystes multiloculaires au contraire, la fluctuation des différentes loges s'étend fréquemment en bas dans le bassin : les kystes multiloculaires même petits, sont des cavités kystiques fluctuantes. L'alvéolaire, le cystosarcôme et le cystoïde procèdent toujours d'une tumeur solide et ne deviennent fluctuants qu'après un développement considérable.

4. La dureté du cystosarcôme est toujours très-marquée : l'alvéolaire est toujours fort élastique.

5. Après la ponction exploratrice pratiquée dans ces kystes composés, on rencontre des tumeurs plates ou allongées, mais quelquefois aussi globuleuses, ce qui rend le diagnostic plus difficile.

(1) Labalbary, *loc. cit.*, p. 43.

6. En général, on peut l'avouer, il faut beaucoup d'attention et de tact clinique pour surmonter les difficultés souvent très-considérables qu'on rencontre dans le diagnostic différentiel des tumeurs solides de l'abdomen (1).

4. Kyste dermoïde.

1. Le diagnostic de ces tumeurs, observe Kœberlé (2), présente presque toujours des difficultés, à moins d'une ponction préalable qui donne issue à la graisse. — Cette dernière est tantôt fluide, tantôt plus ou moins concrète : il faut (chose curieuse) une température relativement très-élevée pour la fluidifier après son figement : cette graisse provient des glandes sébacées qui prennent parfois un développement extraordinaire : elle est mêlée ordinairement à des cheveux et à des détritus épithéliaux de la couche épidermique.

2. Les tumeurs dermoïdes simples, non accompagnées de kystes albumineux, ce que l'on observe le plus souvent, s'accroissent généralement d'une manière très-lente et restent indolentes, à moins qu'il ne survienne des ruptures internes et des hémorrhagies. Celles-ci sont provoquées par la distension excessive des parois sous l'influence de la compression du contenu, soit par la torsion du pédicule qui amène de la gêne dans la circulation de retour.

3. Le *kyste fœtal* sera soupçonné : 1° lorsqu'en interrogeant les antécédents on apprendra que la menstruation s'est supprimée, comme c'est le plus fréquent et même aussi longtemps que dure la grossesse extra-utérine (3).

Goupil, à la faveur de cette considération que le kyste s'était développé à peu près à l'époque où s'établit la menstruation, a pu diagnostiquer que la tumeur renfermait des poils ou des dents : la ponction vint confirmer plus tard cette supposition (4) ; il n'y a là, il est à peine besoin de le dire,

(1) MYRTLE. *Monthly journ.*
(2) Obs. LXX. *Gaz. des hôpitaux*, 1869, p. 95.
(3) Voir MARINUS, *loc. cit.*, pp. 22, 23.
(4) PAUL MAUNOIR. *Essai sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire*. Thèse de doctorat. Paris, 1861, p. 28.

qu'une simple hypothèse appuyée de trop peu de faits pour mériter quelque confiance.

2° Quand la malade souffre de douleurs particulières, fixes, circonscrites dans l'abdomen, le bassin, la région ombilicale ; qu'elle éprouve de la difficulté à se coucher sur le côté de la tumeur.

3° Par le toucher vaginal, à partir de trois mois, le doigt reconnaît assez promptement le kyste proéminent à la fois dans le haut du vagin et dans le rectum, et va dans certains cas jusqu'à distinguer le fœtus ou ses différentes parties (1).

4° A l'époque ordinaire de l'accouchement, quelquefois avant, il se manifeste des douleurs assez semblables à celles de la parturition : il y a contraction de l'utérus et non du kyste, et quoique vide, l'organe gestateur se développe et présente toutes les conditions propres à se contracter et à produire des douleurs analogues à celles de l'enfantement, pendant lesquelles il s'écoule des organes génitaux des débris de fausses membranes qui appartiennent à la caduque utérine.

5° Si la grossesse se prolonge au delà du terme ordinaire, les douleurs se renouvellent à des intervalles indéterminés (2).

ARTICLE QUATRIÈME. — DIAGNOSTIC DE LA NATURE DU CONTENU.

En principe, dit A. Thierry (3), il est très-difficile de distinguer dans une tumeur fluctuante le sang du pus, le pus de la sérosité, la sérosité de la bile, et, dans la plupart des cas, il faut recourir à une ponction exploratrice.

1. La fluctuation est-elle franche, nette, sentie dans tous les points de la poche, le liquide est séreux, limpide, hydatique comme de l'eau de roche. C'est la variété de kystes la plus rare : ils sont ordinairement peu volumineux (4).

(1) Velpeau. *Traité complet des accouchements*, p. 114.

(2) Voir aussi pour la grossesse ovarique, Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, I, 535.

(3) *Sur le diagnostic différentiel des tumeurs dont le caractère pathognomonique est la fluctuation. Expérience*, n° 161, 1840.

(4) Dolbeau, *loc. cit.*, p. 136.

La présence des *hydatides*, si exceptionnelle, serait reconnue par le bruit particulier caractéristique de ces productions. Elles donnent la sensation d'une poche pleine de mercure que l'on percute (1).

Lorsque le contenu est gélatineux, on ne constate pas grande différence dans la fluctuation (2).

2. La fluctuation est-elle moins nette, embarrassée, empâtée? Le liquide est comme plus lourd ; il faut donner au ventre au moyen des deux mains, des mouvements de succussion, de va et vient pour reconnaître qu'il y a liquide : le contenu est consistant, visqueux, huileux, épais, filant (3).

3. S'il y a eu des douleurs, des élancements, des symptômes d'inflammation, le liquide sera probablement rougeâtre, séro-sanguinolent, couleur café, chocolat. C'est surtout dans les kystes multiloculaires qu'on rencontre ce liquide qui forme la variété des *kystes hématiques.*

4. Une fièvre continue, lente, avec anorexie, vomissements, diarrhée, amaigrissement, douleurs dans le ventre et surtout dans le kyste, tous les symptômes de la fièvre hectique en un mot, déterminent les caractères du *kyste à contenu purulent.*

5. Les *kystes ménorrhagiques* dont Boeckel (4) a voulu constituer une nouvelle variété, s'ils étaient différents de l'hématocèle rétro-utérine, peuvent être soupçonnés et reconnus à leur augmentation brusque de volume pendant l'époque menstruelle : on saurait alors qu'on a affaire à une poche fluctuante contenant du sang plus ou moins altéré.

6. Nélaton (5), nous l'avons déjà vu, n'admet que deux grandes classes de kystes, au point de vue de l'ovariotomie, et il base cette distinction sur certaine qualité du contenu :

Après ponction préalable, une goutte du liquide évacué, enlevée sur le doigt et séparée en deux par le contact du pouce, présentera ou ne pré-

(1) Fournet, *loc. cit.* Voir aussi W. Neuman. *Enormous development of hydatids in omentum*, etc. *simulating on ovarian tumour. Obstetr. Transact*, IV, p. 169, 1863.

(2) Cruveilhier. *Anatomie pathologique*, V, pl. 3 et 4.

(3) Boinet. *Gazette hebdomadaire*, 1860.

(4) *Gazette médicale de Paris*, 1862, 179. Voir aussi John Clay. *Chapters on Diseases of the ovaries*. London, 1860, p. 119, note.

(5) Ovariotomies de MM. Nélaton et Demarquay. *Gazette médicale de Paris* et *Archives belges de médecine militaire*, 1862, pp. 220 et 221.

sentera pas la qualité visqueuse, filante, poisseuse comme le mucus, le pus : il s'établira ou il ne s'établira pas entre les doigts qui se séparent quelques tractus comme en offrent les liquides albumineux ou filants.

Dans le kyste purement séreux, le liquide est cru comme la sérosité, l'urine.

Spencer Wells avait déjà, mais moins nettement, indiqué cette règle (1).

ARTICLE CINQUIÈME. — DIAGNOSTIC DE L'OVAIRE MALADE.

1. Il n'est pas toujours facile de s'assurer de quel côté est le siége du kyste, car la tumeur ovarique se développe tout de suite dans l'axe du ventre, de sorte que lorsque dans les antécédents il n'y a pas eu tiraillement du côté de la cuisse et du flanc malades, on ne peut rien préciser sur le siége réel de la tumeur (2).

Dans une observation rapportée par Boivin (3), l'ovaire gauche enkysté s'était dirigé et développé à droite. — Mitchell (4) a observé exactement le même fait : une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche s'était portée toute entière à droite où elle formait une tumeur très-mobile. Comme le fait remarquer Huguier (5), un kyste de l'ovaire gauche peut très-bien se porter dans le cul-de-sac utéro-rectal sur la ligne médiane, puis s'incliner à droite et du moment où quelques adhérences se sont établies de ce côté, se développer tout entier dans la fosse iliaque droite.

2. Ce n'est guère qu'au début qu'on peut espérer de déterminer exactement le côté où siége le kyste : alors, comme nous l'avons déjà vu, chez les femmes à ventre lâche, on peut, en déplaçant la tumeur ou par des mouvements directement imprimés ou encore par des positions données à la malade, reconnaître le côté affecté.

3. Le toucher vaginal constatera la déviation du col utérin du côté

(1) *On the treatment of large ovarian Cysts and tumours*, 1863.
(2) KOEBERLÉ. *De l'ovariotomie*, observation II.
(3) *Cause peu connue de l'avortement*, p. 84.
(4) *Med. Recorder*, octobre 1824.
(5) Société de chirurgie, 29 juin 1862.

opposé à la tumeur qui attire vers elle le fond de l'organe : il y a des exceptions à cette règle sur laquelle insiste beaucoup Boinet (1), au point même que Kœberlé établit précisément le contraire comme règle (2) ; pour lui, la tumeur, en pesant sur le fond utérin, doit dévier le col de l'organe vers le côté affecté et il considère comme des exceptions les cas où l'inverse se présente. Simpson partage la même opinion (3).

4. Bennett a la plus grande confiance dans l'emploi de la sonde utérine de Simpson pour distinguer de quel ovaire provient le kyste.

5. Quand par le rectum le doigt peut être porté au delà de la tumeur, on peut, selon Churchill (4), sentir le fond de l'utérus et le distinguer facilement de l'ovaire hypertrophié : on peut apprécier en même temps quel est l'ovaire malade.

6. Les tiraillements et les douleurs du côté du flanc malade constituent, lorsqu'ils ont existé, des signes d'une grande valeur.

7. La ponction exploratrice, en évacuant le contenu du kyste et permettant alors à l'observateur d'assister au développement si souvent très-rapide de la tumeur, fixerait mieux encore le siége du mal.

8. Il est plus difficile de constater si les deux ovaires sont le siége de tumeurs enkystées. Quand la maladie est avancée, les kystes sont contigus ou adhérents (Pl. XXII, fig. 2.) ; la ponction exploratrice elle-même ne peut mettre sur la voie, car elle laisse en doute si on n'a pas affaire à un kyste multiloculaire. — Le seul moyen de fixer ce point de diagnostic, serait de constater la présence de deux pédicules : la suppression de la menstruation constitue également un indice dont il faut tenir compte.

Dans la statistique de V. Scanzoni, sur 99 cas, 48 n'avaient qu'un ovaire malade et 51 les avaient tous les deux.

52 avaient moins et 44 plus de 50 ans.

Chez les moins âgées, la proportion de l'affection double était à l'affection simple comme 59,6% est à 40,5%.

(1) *Maladies des ovaires*, p. 133.
(2) *De l'ovariotomie.* Notes des observations I et II.
(3) Desormeaux. *Du traitement des kystes de l'ovaire.* Thèse d'agrégation. Paris, 1853, p. 13.
(4) Voir Labalbary, pp. 34-48.

Chez les autres cette proportion était comme 38,6 % est à 67,0 % (1).

ARTICLE SIXIÈME. — DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS.

1. Nous rappellerons brièvement ici ce que nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer ailleurs.

Ainsi, l'ascite, la grossesse peuvent coïncider avec un kyste de l'ovaire, et nécessiter un examen plus minutieux pour le reconnaître.

2. Diverses autres tumeurs de l'ovaire, de l'utérus ou d'autres points de la cavité abdominale, sont, en général, faciles à distinguer au début, et une ponction exploratrice en faisant disparaître la tumeur produite par le kyste, permettrait également, à un degré plus avancé, d'isoler ces tumeurs qui le compliquent.

3. Y a-t-il inflammation partielle ou générale de la tumeur, de son enveloppe péritonéale ou de sa membrane interne? on aura, pour reconnaître cet accident, les symptômes de l'ovarite, ceux de la fièvre de suppuration (frissons par accès), les douleurs, les nausées et la tympanite, cortége ordinaire de la péritonite.

4. Une hémorrhagie qui se produit dans une des loges d'un kyste, serait soupçonnée par les symptômes des hémorrhagies internes, la douleur, la fièvre survenant brusquement. Enfin, la ponction ferait reconnaître l'accident par les qualités du contenu.

ARTICLE SEPTIÈME. — DIAGNOSTIC DES RELATIONS DU KYSTE.

La tumeur est-elle indépendante? Est-elle simplement pédiculée ou est-elle adhérente au péritoine ou aux viscères environnants? Telles sont les questions les plus importantes à résoudre lorsqu'on veut poser les indications de l'ovariotomie.

(1) *Ueber die Beziehung der beiderseitigen Erkrankung der Eierstöcke zur Ovariotomie-*FRAGE. *Würzb. med. Zeitschr.*, VI, p. 1.

L'opération malheureuse pratiquée, en 1865, par Maisonneuve, à l'Hôtel-Dieu, sur une femme de 40 ans, dut rester inachevée par suite d'adhérences insurmontables qui unissaient le kyste aux parois abdominales, au foie, à la rate, à l'épiploon, à l'intestin et qui furent impossibles à disséquer, même sur le cadavre. — L'ovariotomie de Marguerite (que nous rappellerons plus loin) et celle de Stilling (18e cas) (1) en sont d'autres exemples. Cazeaux déjà avait constaté (2) que, 14 fois sur 58, les adhérences non reconnues avaient rendu l'ovariotomie impossible.

A. *Diagnostic des adhérences.*

1. De Haën croyait qu'il n'existait pas d'adhérences de l'ovaire au péritoine, quand on apercevait, dit-il (3), sensiblement, au toucher, la fluctuation de l'eau épanchée, à la distance d'un travers de doigt, entre la tumeur et le péritoine.

2. La malade étant couchée horizontalement, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le ventre, on s'efforce de mouvoir le kyste d'un côté à l'autre, si l'on y parvient facilement, c'est qu'il n'y a pas d'adhérences. Il est bon, cependant, de faire remarquer, avec Cazeaux (4), que la mobilité de la tumeur sera presque nulle lorsqu'il s'agira de l'opération, à cause du volume considérable qu'elle présentera presque toujours alors. Si, en même temps, on peut faire glisser les parois abdominales sur la tumeur, c'est qu'il n'existe pas d'adhérences ni sur le haut, ni sur les côtés. Ce serait plus manifeste encore, si on pouvait, en saisissant la peau à pleines mains, la soulever en l'éloignant du kyste.

(1) *Deutsche Klin.*, 1869, n° 20, p. 74.

(2) Thèse citée, p. 196.

(3) *Loc. cit.*, p. 82. — Voir aussi Hervin. *Recherches historiques sur l'extirpation des ovaires, dans lesquelles on examine s'il serait en même temps possible et sûr d'enlever les ovaires attaqués de tumeur squirrheuse ou d'une hydropisie enkystée. Mémoires de l'Académie royale de chirurgie* (édit. encycl.), t. III, p. 527 et *Revue médicale belge et étrangère*, 1836, t. II, 161.

(4) Thèse citée, p. 136.

L'ensemble de ces circonstances, bien nettement accusées, prouve évidemment qu'il n'y a pas d'adhérences (1).

3. Pour les adhérences abdominales, il est surtout bon de tenir compte de la mobilité de l'ombilic. Lorsque la femme, étant couchée, fait effort pour se redresser et que dans ce moment l'ombilic reste fixe, indépendant, c'est qu'il y a absence d'adhérences antérieures (2).

4. Le kyste n'est pas adhérent, dit T. S. Lee, lorsqu'il est volumineux et que la femme, étant assise, il fait saillie entre les muscles droits (3). S'il faut en croire cet observateur, lorsque les parois abdominales sont fortement distendues pendant un certain temps, les muscles droits s'écartent considérablement et forment une fente recouverte seulement par les aponévroses et la peau : si l'on engage alors la malade, couchée sur le dos, à s'asseoir sur son lit sans s'aider de ses mains, elle fait un effort, et si la tumeur est libre d'adhérences avec les parois abdominales, elle se précipite dans cet écartement et fait saillie assez considérable. Lee prétend avoir eu l'occasion de vérifier plusieurs fois ce fait. En tout état de cause, ce phénomène ne donnerait aucun indice sur les adhérences postérieures de la tumeur.

5. Boinet n'accorde pas une grande confiance à ce moyen indiqué par Lee, comme aussi à ce signe que la tumeur peut s'abaisser de 0m05 à 0m06, pendant une profonde inspiration, lorsqu'il y a absence d'adhérences antérieures (4).

6. Le même auteur fait remarquer que lorsque les parois abdominales sont très-épaisses, il y a rarement des adhérences, lesquelles il faut craindre, au contraire, par ce seul fait que la tumeur est volumineuse et ancienne (5), sans autre signe.

7. En faisant mettre la malade debout, on constate le glissement de deux surfaces séreuses, de l'enveloppe du kyste sur la paroi abdominale.

(1) Baker-Brown, *loc. cit.*, chap. IV.

(2) Koeberlé. *De l'ovariotomie*, obs. II. — Gayet. *Observation d'ovariotomie. Gazette hebdomadaire*, 1863, 481.

(3) J. Worms. *Gazette hebdomadaire*, 1860, 742.

(4) *Maladie des ovaires*, p. 367.

(5) *Maladie des ovaires*, p. 367.

D'un autre côté, si en même temps on a soin de faire faire une profonde inspiration à la malade, le bord supérieur descend d'un pouce, d'après Baker-Brown ; les intestins viennent se placer dans l'intervalle et on constate à la percussion de la sonorité, là où il y avait matité : nous venons de voir ce que pense Boinet de ce mode d'investigation.

8. Le sillon abdominal, indiqué par Bright (1) comme signe pathognomonique de l'existence d'adhérences antérieures, manque de fidélité, ainsi que Martin l'a vu par expérience (2).

9. La mobilité de l'épiploon et de l'intestin rend difficile le diagnostic de leurs adhérences à la partie supérieure et postérieure de la tumeur : il faut, pour les soupçonner, qu'il y ait eu des accidents de péritonite bien déterminés, sensation de chaleur brûlante s'élevant de temps en temps du côté de la tumeur ; parfois des frissons, de la fièvre.

10. En palpant la région hypogastrique, dit Bright (3), on a la perception d'une légère crépitation, d'un craquement de cuir neuf, mais il suffit, pour produire cette sensation, d'une couche peu épaisse et consistante de lymphe déposée à la surface du péritoine (4). Selon Philipps, pour que ce phénomène ait lieu, les adhérences doivent être récentes (1). Dans l'observation de Liégeois (5), on reconnut que cette crépitation était due à une série de petites saillies du volume d'une noisette à celui d'un grain de chènevis, situées sur la face antérieure du kyste et de nature fibreuse : il n'existait pas d'adhérences.

11. On est autorisé à admettre des adhérences, lorsqu'il y a douleurs spontanées éprouvées antérieurement par la malade, dans les points où le kyste ne paraît plus libre, qu'il y a tiraillement et sensation de déchirement dans les mouvements imprimés au kyste, des points douloureux dans certaines positions de la malade (entrave au développement du grand épiploon) ; des douleurs sous l'influence de la vacuité ou de la plénitude de

(1) *Loc. cit.*, p, 78.
(2) *Archives générales de médecine*, 1838, III. série III, p. 318. *Med. chir. Trans* , t. IX.
(3) BEATTY. *Dubl. Journ.*, VI. CORRIGAN. *Archives générales de méd.*, 2e série, XII, 226.
(4) LASKOWSKY. Thèse citée, p. 39.
(5) Société impériale de chirurgie. Séance du 21 octobre 1868.

l'estomac, des mouvements péristaltiques des intestins pendant la digestion, des contractions rectales pendant l'expulsion des fèces (1).

Dans une observation de Boinet néanmoins (2), la malade avait beaucoup souffert du ventre, et il n'y avait cependant pas d'adhérences. Dans la 6ᵉ observation de Desgranges, de Lyon (3), il n'y avait pas d'adhérences non plus, et on devait aussi les craindre, par suite des troubles fonctionnels et particulièrement des douleurs extrêmement fixes et persistantes dans le flanc gauche, et le retrait de l'ombilic dans les mouvements de flexion du tronc.

Observation de Richet (4) : femme de 45 ans, tumeur abdominale de 2 1/2 ans de date : jamais de douleurs abdominales, rien qui fît croire à des adhérences : tumeur fluctuante dans tous ses points ; ce qui indiquait une grande loge principale. La forme du ventre était anormale : au lieu d'être saillant vers le milieu, de s'avancer en pointe, il s'étalait et s'élargissait sur les côtés : la tumeur était unie cependant, elle ne présentait pas cette série d'inégalités qui répondent à une suite de kystes distincts, et expliquant, dans certains cas, l'aplatissement du ventre par le volume, la forme et la disposition des loges juxtaposées. Il se présentait donc là quelque chose d'irrégulier : si le kyste était libre, une fois dans la cavité abdominale, n'étant retenu par rien, il devait se porter en avant, en même temps qu'il s'arrondit et tend à former une saillie globuleuse : si donc il s'aplatit et s'étale, c'est que des adhérences le maintiennent solidement dans la profondeur, et il ne faut pas tenter l'ovariotomie. Des péritonites partielles, surtout des pelvi-péritonites, parfois étendues, peuvent se produire sans provoquer aucuns symptômes généraux ni de douleurs : c'est là une notion fondamentale en gynécologie.

Malgré ces réflexions judicieuses que se fit Richet, poussé par Empis, il opéra, mais les adhérences étaient tellement fortes avec l'abdomen, qu'il dut laisser l'opération inachevée : la malade mourut le lendemain de péri-

(1) COURTY, *loc. cit.*, p. 900 et GAYET, *loc. cit.*
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 102.
(3) *Ibid.*, 1867, p. 583.
(4) *Ibid.*, 1868, nº 11, p. 41.

tonite : l'autopsie confirma ses doutes : les adhérences abdominales ne purent être détachées sans rupture des parois : celles qui existaient dans la profondeur étaient solides et nombreuses, la vessie, ainsi que l'utérus, étaient quasi-confondus avec la tumeur.

12. S'il faut en croire l'expérience d'un des meilleurs juges en pareille matière, des troubles menstruels fréquents seraient souvent l'indice d'adhérences postérieures de la tumeur (1).

13. Au toucher, on s'assure que l'utérus est libre dans tous ses mouvements, s'il n'est pas dévié, si son déplacement ne provoque pas de tiraillements, des douleurs dans quelque point du ventre. — Chaque fois que le col utérin est refoulé contre les pubis, affirme l'habile ovariotomiste de Strasbourg (2), il faut s'attendre à de graves difficultés, à des adhérences pelviennes étendues.

14. On a conseillé aussi pour s'assurer de l'existence d'adhérences vésicales, d'insuffler ce viscère après l'avoir débarrassé de son contenu : s'il est libre, il s'élève facilement au-dessus de la symphyse pubienne jusqu'à une hauteur assez considérable et constatable par la percussion (3).

15. Par la ponction de la tumeur et l'évacuation de son contenu, le kyste, d'après Boinet (4), Courty (5), Moreau, Barth (6) qui lui reconnaît la faculté de se rétracter par propriété de tissu, et d'autres, subit un retrait permettant de juger de sa forme et de s'assurer de ses adhérences. — Giraldès (7), Velpeau (8), Gimelle, Depaul (9), ne sont pas de cet avis : pour eux le kyste reste flottant, affaissé, mais non rétracté. Boinet répond à cette objection, que cette rétraction ne se produit que trois ou quatre mois après et qu'on peut alors constater, dans une des fosses iliaques, la présence d'une tumeur, vestige du kyste.

(1) KOEBERLÉ. *Observation d'ovariotomie*, p. 40.
(2) KOEBERLÉ. Observation 69.
(3) LASKOWSKI. Thèse citée, p. 40.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 764.
(5) *Maladies de l'utérus*, p. 910.
(6) *Bulletin de l'Académie impériale de Paris*, 1856.
(7) Société de chirurgie. Séance du 22 octobre 1862.
(8) *Ibid.*
(9) *Bulletin de l'Académie impériale de Paris*, 1856.

Kœberlé ne repousse pas d'une manière absolue la ponction avant de procéder à l'ovariotomie, puisque, dans sa IVe observation, dans le but de s'assurer s'il existait des adhérences à la partie supérieure de la tumeur où celle-ci formait des loges multiples et se trouvait en rapport avec le foie, le diaphragme et l'estomac, il y eut recours. Cette opération, après le retrait du kyste, lui permit de constater l'absence de ces adhérences supérieures et en même temps lui donna les limites de l'incision à faire à la paroi abdominale pour l'extraction de la tumeur; tandis que la percussion et la palpation lui faisaient reconnaître, dans une étendue de 15 centimètres, des adhérences avec la paroi abdominale antérieure (1).

16. Graily Hewitt ponctionne au lieu d'élection avec un trocart ordinaire muni de sa canule, retire le poinçon et introduit dans la canule une autre canule plus petite surmontée d'une plaque en caoutchouc, percée à son centre d'une ouverture à travers laquelle il fait passer une sonde métallique flexible de 14 centimètres de longueur et graduée comme les sondes utérines. Il s'assure au moyen de cet instrument que le kyste est uni ou multiloculaire; quel est son volume, ses rapports avec les organes voisins, etc. (2).

17. Les mouvements ou changements de place de la canule, pendant que le kyste se vide par la ponction exploratrice, peuvent aussi apporter quelque lumière dans le diagnostic des adhérences (3).

18. Le *procédé de Bird* consiste à ponctionner le kyste avec des pointes aiguillées, munies d'une petite plaque d'ivoire, à travers les parois abdominales : les mouvements respiratoires en agissant sur ces petits appareils, les déplacent et démontrent s'il y a ou non des adhérences.

19. Il alla plus loin : il préconisa l'incision abdominale comme moyen de reconnaître cette complication et d'explorer la tumeur: après l'ouverture du ventre au moyen d'une petite incision, il glisse une longue

(1) *Loc. cit.*, pp. 52 et 53.

(2) *Descript. of the ovar. or abdom. sound : a new instrum. for the examinat. of suspect. ovar. cystic. tum.*, etc. *Lancet*, apr. 9, 1859. — *Transact. of the obstetr. soc.* 1860, I, 53. — *Journal de méd. et de chirurgie de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1861, I, p. 51. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1859, t. LVI, p. 410.

(3) MARTIN, *loc. cit.*, p. 76.

sonde chauffée entre les parois abdominales et la tumeur et s'assure, en la contournant, s'il y a des adhérences solides et étendues (1). Sur 40 à 50 cas il n'a perdu que 9 malades (2) : c'est déjà beaucoup trop à notre avis.

Une des opérations malheureuses de Kiwisch prouve aussi que des adhérences importantes peuvent ne pas être constatées par ce moyen (3), il se pourrait aussi qu'on s'exagérât l'importance de connexions peu intimes et qu'on rejetât ainsi une opération qui eût pu sauver la malade.

Krassowsky conseille également (4), pour éclairer ce point difficile de diagnostic, de pratiquer sur la ligne blanche une incision exploratrice de 3 centimètres pour laisser pénétrer le doigt : à son avis cette incision ne serait pas plus dangereuse que la ponction.

20. Nous le répétons, c'est un des points les plus difficiles en même temps que des plus importants du diagnostic des kystes ovariques et sur lequel le meilleur clinicien peut être trompé. Dans un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche très-volumineux (18 loges), chez une femme de 37 ans, la tumeur paraissait complètement exempte d'adhérences et était compliquée d'ascite : la mort eut lieu après une ponction et l'autopsie démontra de nombreuses adhérences (5).

B. *Diagnostic de l'état du pédicule.*

1. Le pédicule est long, quand on constate par le ventre une tumeur sphéroïdale, large, unie, élevée au-dessus de l'excavation et paraissant plus ou moins indépendante de la matrice.

(1) *Ibid.*, 76-78.

(2) BIRD. Discours de la Société médicale chirurgicale de Londres, 1851. — BERNARD. *De l'ovariotomie. Archives générales*, p. 471.

(3) LUDW. ULSAMER. *Ueber die Ovariot. Inaug. Dissert. Würzb.*, 1851, s. 48.

(4) *Loc. cit.*, p. 5.

(5) Dr TELFORD. *The Dubl. quarterl. J. of m. sc.*, mai 1866, 453. — L'ovariotomie pratiquée le 27 février 1870, par le docteur LIÉGEOIS et dont il a communiqué l'observation à la Société impériale de chirurgie (9 mars 1870) a donné une preuve nouvelle de la difficulté qu'il y a de diagnostiquer la présence des adhérences même pariétales : on avait méconnu avant l'opération des connexions nombreuses et intimes qui existaient entre le kyste et les parois abdominales. Le docteur BLOT avoue qu'il est pour ainsi dire impossible d'établir ce point de diagnostic (*Gaz. des hôpitaux*, 1870, p. 140).

Dans ces circonstances encore, au toucher, on trouve que l'utérus a une mollesse étendue, n'est pas dévié, que son col est élevé, ce qui tient à l'allongement du ligament large et de la trompe, à moins cependant que la matrice ne soit accolée au kyste dont elle doit suivre alors le mouvement ascensionnel ainsi que l'a vu Kœberlé (1).

2. Le pédicule est bref, s'il y a impossibilité de soulever la tumeur, de la déplacer, qu'au toucher l'utérus est immobile, entouré de tumeurs globuleuses de l'excavation qui l'immobilisent et qui dépendent du kyste, ce dont on s'assure par les mouvements transmis (2).

3. Y a-t-il par accès des douleurs très-vives dans la cuisse et la région rénale du côté correspondant à l'ovaire malade, c'est preuve, pour Kœberlé, que le pédicule est tordu sur son axe (3).

Tels sont les éléments que possède la science pour établir un diagnostic d'une importance capitale, mais qui semblent bien insuffisants encore si l'on en juge par la statistique de Lyman (4), d'après laquelle il y aurait 19 cas d'erreurs sur 300 fois que l'on procède à l'ovariotomie, tandis que Scanzoni en a trouvé 14 sur 138.

(1) *Loc. cit.*, observation III.

(2) Voir TIXIER. *Le pédicule et son traitement après l'opération de l'ovariotomie.* Thèse de Strasbourg, 1869.

(3) *Gazette des hôpitaux.* 1869, p. 93, observation LXX.

(4) *Transact of the obstetr. Soc.*, 1860, I, 33. *Philadelph. Examin.*, 1858. Consultez encore pour le diagnostic sur lequel, d'après Krassowski (*loc. cit.*, p. 5), il n'existe encore aucune bonne monographie. — A. LÜCKE et E. KLEBS. *Sur l'ovariot. et le diagnostic différentiel des tumeurs abdominales*, in *Virchow's Archiv*, vol. XL. 1er et 2e cahier. — DESGRANGES. *Leç. de clin. chir.* Paris, 1867, 1er fascicule. Diagnostic des tumeurs abdom. en tableaux. — AMÉD. FORGET. *Dissert. sur un cas de diagnostic obscur* (ascite ou kyste), in *Union médicale*, 1856, p. 602. — DUTOIT. *Die ovariot. in England, Deutschl. und Frankr.* Wurzb., 1861. — B. S. SCHULTZE. *Ueber Palpation normaler Eierstöcks und Diagnose geringer Vergrösserungen derselben. Jenaische Zeitschr.*, I, 3, 1864.—M. A. NEUMANN. *Ueber einige gröbere diagnost. Irrthümer bei ovariotomien Inaug. Dissert.* Leipzig, 1862. — Il y est même question d'une déviation de la colonne lombaire prise pour un kyste de l'ovaire et opéré comme tel! (cas de LIZARS, dont nous parlerons plus tard).

TITRE DIXIÈME. — TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Quod si difficile est hydropes quos memoravimus internoscere, multò est difficilius persanare.

(J. B. MORGAGNI. *De sedib. et caus. morb.* Venetiis, 1761. Tom. sec. Epist. 38).

1. Nous diviserons les moyens recommandés contre l'affection redoutable dont nous essayons de tracer l'histoire, en deux grandes classes sous la désignation de : *Traitement médical* et *Traitement chirurgical.*

2. C'est le traitement médical palliatif, le seul connu à son époque, qui dictait à Morgagni les lignes décourageantes qui servent d'épigraphe à cette partie de notre travail. Aujourd'hui encore, malgré certains faits bien avérés de guérison sous l'influence de ces moyens palliatifs, il est bien peu de praticiens qui leur accordent leur confiance et en dernière analyse, l'unique ressource des malheureuses affligées d'un kyste ovarique, consiste dans le traitement chirurgical. Mais comme cette intervention active ne peut se faire qu'à certaines époques déterminées, il est du devoir du médecin d'essayer, avant d'en arriver à cette ressource extrême, les différents modes de traitement que lui recommande l'autorité de certains auteurs. Ils ont du reste leur valeur comme adjuvants du traitement chirurgical.

SECTION PREMIÈRE. — DU TRAITEMENT MÉDICAL.

1. Il a pour but d'agir sur les différentes fonctions de l'économie, de manière à obtenir la résorption du contenu de la tumeur et d'en enrayer la sécrétion morbide.

2. Sous ce titre nous comprendrons :

1° Les moyens médicamenteux tant externes qu'internes.

2° La compression abdominale.

3° L'hydrosudothérapie.

3. Le traitement médical n'est guère que palliatif et les moyens médi-

camenteux avec la ponction constituaient les seuls moyens dont disposaient les anciens pour combattre les kystes de l'ovaire.

I. — DES MOYENS MÉDICAMENTEUX.

1. Nous l'avons dit, on ne doit pas s'attendre à des succès par ce traitement. Le caractère parasite des kystes explique l'inutilité des drastiques les plus violents, et même du choléra disait Trousseau (1) : il n'y a pas de traitement médical contre une lésion tout à fait indépendante de l'état général. Velpeau, cependant (2), admettait que la guérison des kystes peut être obtenue par des moyens pharmaceutiques. D'après lui, l'organisme qui produit par exhalation une aussi grande quantité de liquide, peut aussi le reprendre par absorption. Simpson nie ce pouvoir absorbant et refuse, par conséquent, toute influence au traitement médical (3). Kœberlé le considère aussi comme presque absolument inefficace (4), mais, nous le répétons, il est des faits exceptionnels à la vérité, mais suffisamment probants pour nous autoriser à exposer ce traitement avec quelques détails. Une remarque que fait Maunoir (5), et qui porte son enseignement, c'est qu'à l'Académie de médecine de Paris, ce sont les médecins surtout qui ont dénigré le plus les moyens médicamenteux, tandis que plusieurs chirurgiens, Velpeau entre autres, comme nous venons de le voir, ont reconnu leur utilité et constaté des succès.

1. *Hygiène de la femme atteinte de kyste ovarique.*

Scanzoni (6) prescrit d'excellents conseils dont on ne peut assez faire son profit :

1° Soutenir les forces en régularisant les fonctions par une bonne hygiène.

(1) Discours cité. *Bulletin de l'Académie impériale de médecine de Paris*, 1856.
(2) *Ibid.*, 25 novembre, 1856.
(3) In CHURCHILL, *loc. cit.*, p. 616.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1868, 735.
(5) Thèse citée, p. 33.
(6) *Loc. cit.*, p. [illegible]

2° Eloigner tout ce qui peut entretenir ou occasionner une congestion dans l'organe affecté :

a) En combattant la constipation par des purgatifs salins.

b) Par des promenades en plein air.

c) Par une nourriture fortifiante et facilement digestible.

d) En usant de modération dans les plaisirs vénériens et surtout, dit West (1), en évitant la grossesse qui, dans beaucoup de cas, provoque l'accroissement de la tumeur, son inflammation, des adhérences, etc.

3° S'il se présente des symptômes d'hyperémie ou d'inflammation : sangsues appliquées de préférence dans le cul-de-sac vaginal, pour atteindre les vaisseaux les plus rapprochés de l'organe malade ; sur l'abdomen, si le siége de l'inflammation est élevé.

4° Mêmes moyens si la congestion cataméniale s'accompagne de douleurs dans le bas-ventre, de météorisme, de besoins fréquents d'uriner et de légers mouvements fébriles, avec écoulement sanguin insuffisant ou nul. Eviter toujours la saignée générale comme trop débilitante. C'était également la pratique suivie par Honoré : d'un autre côté, Laugier et Goupil leur attribuent des guérisons (2).

5° La tumeur est-elle considérable, produit-elle une tension douloureuse des parois abdominales : bains tièdes, cataplasmes émollients, frictions mercurielles.

6° Soutenir le bas-ventre au moyen d'une ceinture bien adaptée.

2. *Antiphlogistiques.*

Les émissions sanguines générales ou locales ne sont recommandées par personne dans un état qui réclame au contraire les toniques, par suite de l'épuisement quasi-fatal auquel sont condamnées les femmes porteuses de kystes ovariques. Scanzoni les rejette également comme inutiles et dangereuses par la débilitation qui en résulte et ne les emploie, avec mesure, que dans les cas spécifiés plus haut. Nous croyons que le médecin de Bath,

(1) *Loc. cit.*, p. 615.
(2) MAUNOIR *Loc. cit.*, p. 55.

Barlow, qui rejetait les mercuriaux comme nuisibles, mais accordait la plus grande confiance aux antiphlogistiques et spécialement aux saignées, tant générales que locales. est bien près d'être seul de son avis (1). Il assure cependant avoir obtenu 3 guérisons sur 8 cas, mais le traitement a été long, de trois ans chez 2 malades.

3. Mercuriaux et iodés.

1. L'usage interne du mercure avec le sénéga, en même temps que des frictions d'onguent althœa, à la partie interne des cuisses, a été vivement recommandé par Thilénius (2).

2. Clarck rapporte des cas de guérison momentanée par les frictions hydrargyriques (3). Jahn affirme même avoir guéri radicalement de cette façon et par les frictions iodurées (4). Selon Siebold (5), des frictions mercurielles, aidées du calomel et de l'émétique à l'intérieur, ont produit une amélioration considérable. D'après un autre observateur, le même résultat aurait été obtenu par des applications onctueuses (6). Huss prétend avoir guéri radicalement, en 6 semaines, un kyste de l'ovaire en donnant quatre fois par jour 1/3 de grain d'iodure de mercure jusqu'à salivation, puis alors, par l'usage d'une infusion d'herbe de ciguë (ʒj pour ℥vj) avec ʒj d'iodure de potassium, à la dose de quatre cuillerées à soupe par jour (7).

Pidoux recommande (8), comme ayant retardé de beaucoup le moment des ponctions et enrayé le développement du kyste, l'emploi en frictions prolongées plusieurs fois par jour, de 30 grammes d'onguent ioduré à 1/8e, en même temps que 2 à 3 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur. Brouwer Starck (Haag) prétend avoir guéri, en quatre semaines, un

(1) *Ueber Geschwülste des Eierstocks. Jahrbüch. u z. w. von* Schmidt, 1839, n° III, 21 Bd, 3 Heft, S. 385. — Voir aussi Desormeaux, *loc cit.*, p. 3.

(2) In Richter, *loc. cit.*, p. 133.

(3) Boivin et Dugès, *loc. cit.*, p. 237.

(4) *Med. Corr.*, 1830, n° 18.

(5) Siebold's J. vol. VIII, cah. 2.

(6) Hamilton, *On merc. med.*, p. 202.

(7) *Geheille Eiers-geschw. — Hygiea*, XX Bd, 1839.

(8) *Notes sur les kystes de l'ovaire et leur traitement. Union médicale*, 1856, 333.

kyste uniloculaire, demeuré réfractaire à l'usage interne et externe de l'iode, par l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur et des frictions avec un onguent composé d'oxyde noir de cuivre (ʒj) et d'axonge (℥j), dont on employait un à deux gros par jour. Il eût, dit-il, continué plus longtemps encore l'usage de son remède (un an), s'il n'était survenu une légère paralysie du nerf facial gauche sous l'influence du cuivre de l'onguent (?) (1). De son côté, Oppolzer affirme avoir réduit aux 2/3 une tumeur kystique de l'ovaire par l'usage interne du *glycérolé à l'iodure de potassium iodé du docteur Richter* (2).

Les frictions iodurées ont également été employées avec succès par le docteur Schoenfeld, de Charleroi (3), et un praticien distingué de nos amis, le docteur Schoenfeld, de Bruxelles, a réussi, par des badigeonnages de teinture d'iode unis à l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, à faire diminuer de volume et rendre stationnaire une tumeur du bas-ventre regardée comme un kyste ovarique par un de nos meilleurs cliniciens de Bruxelles.

3. Les sources iodurées et bromurées de Kreuznach, Reichenhall, Krankenheil sont plutôt dangereuses au dire de Scanzoni (4), à cause de la chaleur de ces eaux qui congestionnent le bas-ventre; il faut donc les éviter, surtout quand il y a symptômes d'hyperémie et de congestion.

Robert affirme cependant qu'une dame de 40 ans, qui souffrait depuis dix ans d'une tumeur ovarique, guérit par l'usage interne et externe, pendant six mois, de l'eau de Wildegg (canton d'Aargau en Suisse : source bromo-iodurée) (5).

Le célèbre gynécologiste de Würzbourg rejette d'ailleurs les préparations iodées et les mercuriaux, ainsi que la plupart des moyens médicamenteux recommandés par d'autres, comme débilitants et ne faisant qu'aggraver la position des malades. Stilling (6) partage exactement cette manière de voir

(1) *Nederl. tijdschr.*, aug. 1857.
(2) *Wien. Wochenschr.*, 1857, n° 41.
(3) *Annales de médecine belge et étrang.*, t. III, p. 177.
(4) *Loc. cit.*, p. 390.
(5) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1851, n° 8.
(6) *Loc. cit.*, p. 67.

et n'admet comme méthode vraiment rationnelle de traitement que l'ovariotomie.

Baker-Brown et Nélaton (1) affirment que les préparations iodées ne méritent aucune confiance. E. Barlow a rapporté (2) une observation qui démontre l'action funeste du mercure sur la constitution d'une malade affligée d'un kyste ovarique.

4. Seymour (3) a vu l'iode guérir le kyste ovarique, mais dans d'autres cas, quoique administré à l'intérieur, cet agent aurait déterminé l'inflammation et la suppuration du kyste avec ouverture par le rectum et le vagin, et les malades auraient guéri. — Rayer et Jefferson admettent que l'iode produit l'atrophie de la tumeur en provoquant un travail qui a toujours été accompagné de symptômes inflammatoires. Pilcher aurait également observé la péritonite dans un cas de kyste traité de cette façon et la tumeur disparut après qu'il eut combattu cet accident inflammatoire par les mercuriaux (4).

Thompson (5) prétend guérir trois femmes sur cinq par l'administration de l'iode à haute dose à l'intérieur (180 gouttes par jour). C. Mayer a observé un cas de guérison par ce moyen (6). Elliotson, Bazon et Gairdner en rapportent également (7).

Les observations de Bluff (obs. 364, 365) (8) qui donnent des exemples de guérison par les moyens que nous venons d'indiquer, sont difficiles à admettre en toute confiance. Il en est de même des affirmations du docteur Ficinus (9) qui aurait réussi par l'usage à l'intérieur de la teinture d'iode associée à l'aconit, la digitale et le colchique, et de la guérison si rapidement survenue après des accidents cholériformes et sous l'influence

(1) In LABALBARY, p. 48.

(2) *Records of ovarian tumours in The Transact. of the Provinc. med. and surg. associat.* vol. IV, art. XII, p. 398, 1836.

(3) *Loc. cit.*, p. 116.

(4) DESORMEAUX, *loc. cit.*, p. 8 et 9.

(5) *Elements of materia medica and therapeutics*, in TROUSSEAU et PIDOUX, dernière édition, I, 317.

(6) *Verhandl. der gesellsch. für geburtsk., in Berlin*, 1863, 13 Heft, s. 133.

(7) FOCK. *Ueber die operative Behandl. u. s. w. — Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 786.

(8) *Loc. cit.*

(9) *Allgem. med. Centr. Zeit.*, 18 mars, 1844.

des iodés administrés *intùs et extùs* par Cam. Lauwers : les termes de l'observation font bien évidemment admettre une rupture du kyste (1).

5. Le chirurgien anglais Baker-Brown administre les toniques et prétend qu'à ce titre il a obtenu de très-bons résultats de l'iodure de fer qui n'est, au reste, d'aucun effet sur la tumeur.

4. Evacuants : vomitifs, purgatifs, diurétiques.

Willi a réussi par les diurétiques à guérir des kystes de l'ovaire (2), et Levrat Perotton (3) par les diurétiques associés à l'opium : malheureusement quand on lit ces observations on est bien obligé de trouver que les détails symptomatiques et diagnostiques laissent peser beaucoup de doutes sur la réalité de l'existence de l'affection que ces médicaments ont la prétention de combattre. — Huntor (4) leur refuse toute action dans le plus grand nombre de cas. A. T. Thomson a démontré l'absence de vaisseaux lymphatiques dans les parois des kystes et Desormeaux (5) se demande si ce n'est pas là la raison de l'inutilité de ces moyens médicamenteux.

La *digitale*, dont on obtient si souvent de beaux résultats dans le traitement des hydropisies, ne produit absolument rien dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, de l'aveu de tous les auteurs qui se sont occupés de son étude, « *nec in unâ leviori specie hydropis fert opem digitalis,* dit Murray, *sed in plerisque, iisque difficilioribus, ascite, hydrothorace, excepto unicè hydrope sacculo* (6). »

Cazeaux (7) accorde une certaine valeur aux vésicatoires, purgatifs et diurétiques ainsi qu'aux iodés administrés à l'intérieur et à l'extérieur dans

(1) *Annales médicales de la Flandre occidentale*, quatrième année, 23e livraison. — *Gazette hebdomadaire*, 1857, janvier. — *Bulletin général de thérapeutique*, t. LII, p. 136.

(2) Haller. *Disput. morb.*, IV, 431.

(3) *Trans. med.*, 1833, avril. *Observ. sur divers cas de méd. prat.*

(4) *Medic. observ. and Inquiries*, t. II, p. 41.

(5) *Loc. cit.*, p. 6.

(6) Trousseau et Pidoux *Traité de thérapeutique*, 8e édition, II, 930.

(7) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine de Paris*. Discours du 18 novembre 1856.

le traitement des petits kystes que Trousseau et Cruveilhier considèrent comme inaccessibles à l'art.

Ring prétend aussi avoir observé des cas de guérison par les purgatifs, mais associés à d'autres moyens médicamenteux : crême de tartre, genévrier, quinquina, diète, sangsues (1).

Suzeau de Thiers (2) a communiqué à l'Académie impériale de médecine, le 6 janvier 1857, l'observation d'un kyste ovarique volumineux guéri radicalement par le traitement médical suivant : Sirop de scillitine composé. — Tisane de racines d'asperges nitrée. — Régime sec, sévère. — Compression méthodique. Il y eut diurèse abondante, la tumeur diminua puis disparut.

Le docteur J. Venot père (3), chez une dame de 50 ans, porteur d'un kyste de l'ovaire droit, datant de deux ans, après avoir essayé inutilement tous les moyens médicaux recommandés, en vint au traitement suivant :

1° Abstinence de tout aliment et boissons ordinaires.

2° 1/2 verre de suc d'oignon blanc et une tasse de lait sucré matin et soir.

3° Tasse de lait sucré sans eau dans la journée.

La guérison commençait déjà une semaine après.

Most prétend avoir eu de bons résultats de la formule suivante (4) :

℞ Extr. cicut.	ʒ i.
— bellad.	ʒ s.
Aq. lauro-ceras	℥ s.
Tinct. digit.	℥ s.
Vin. antimon	ʒ i i s.

à prendre, 25, 30, 50 gouttes par jour pendant plusieurs mois.

Hufeland (5) considérait les vomitifs comme nuisibles, Burns les reje-

(1) *Edinb. med. comm*, vol. VIII, cahier 1, p. 21.

(2) *Journal de médecine*, etc. *de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1858, t. II, p. 419.

(3) *Journal de méd. de Bordeaux*, juillet, 1850. — *Bulletin de thérapeutique*, 1860, t. LIX, p. 139.

(4) *Encyclop.* t. I, p. 766.

(5) *Hufeland's Journ.*, vol. XVII, s. 1.

tait également, tandis que Percival (1) croyait devoir leur attribuer quelque valeur.

Fleckles assure avoir vu disparaître par l'usage des eaux sulfatées sodiques de Carlsbad, de petites tumeurs de l'ovaire chez des femmes d'ailleurs en bonne santé et non anémiques (2).

5. *Ferrugineux.*

Employés par beaucoup de médecins à titre de toniques corroborants, dont l'indication est souvent pressante chez ces malades. Nous avons déjà vu que Baker-Brown préconisait à cet effet l'iodure de fer : mais d'autres auteurs vont plus loin et prétendent attribuer la guérison de certains cas aux préparations ferrugineuses (3). Le sulfate de fer aurait plus spécialement réussi à Cunningham (4). Mace et Lathrop se louent également des préparations de fer (5).

6. *Préparations d'or.*

Th. Herpin, dans une observation insérée dans l'*Union médicale* (6), croyait pouvoir affirmer la guérison par les moyens suivants :

℞ Perchlorure d'or et de soude. . . .	5	centigrammes.
Poudre d'iris.	10	—

à partager en 15 doses : une poudre en friction sur la langue tous les matins après déjeuner, et avaler la salive.

La nuit, cataplasme de farine de seigle arrosé d'une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le professeur Courty, de Monpellier, a voulu donner une nouvelle consécration à l'efficacité des préparations d'or dans le traitement des kystes ovariques : Le traitement palliatif qu'il conseille lui a réussi, dit-il, dans

(1) *Samml. auserl. abs. für Pr.* A. 11, 1.
(2) *Balneotherapie der Ovarienkrankheiten. Wien Med. Halle*, n° 6, 1863.
(3) *Med. Report.*, vol. VIII.
(4) *Med. Report*, 4e série, vol. I, p. 2.
(5) Mitchell. *Med. Report*, vol. III.
(6) 1856, 537.

deux cas ; mais il avoue avoir échoué dans le plus grand nombre des cas : voici en quoi il consiste :

1° Oxyde d'or : 2 milligrammes progressivement à 5 centigrammes par jour.

2° Analeptiques, toniques reconstituants : fer, quinquina.

3° Fondants : Vichy, bicarbonate de soude, frictions surtout iodurées sur le bas-ventre.

4° Diurétiques en frictions et à l'intérieur : scille, digitale, sel de nitre.

5° Compression méthodique de la surface abdominale par la ceinture de Bourjeaurd (1).

7. Médicaments divers.

1. Le *chlorate de potasse* a réussi positivement dans quatre cas, au dire de Craig (2) qui l'administrait à la dose d'une cuillerée à bouche en solution concentrée.

2. Boinet, qui refuse quasi toute authenticité aux observations de Courty, Nauche, Helmann et Craïg à propos des guérisons qu'ils attribuent à des moyens médicamenteux (3), en affirmant qu'il y a eu erreur de diagnostic, n'en cite pas moins un cas analogue de sa pratique et publié dans la *Gazette médicale* (4).

3. La *liquor potassæ* aurait eu du succès d'après Warren, cité par Seymour (5).

4. Le *muriate*, le *sulfate de chaux* ont eu leurs partisans (6).

5. Citons encore comme ayant donné des succès entre les mains de

(1) *Notes sur les kystes de l'ovaire. Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1856-57. *Montpellier médical*, décembre 1866. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1866, 828. — COURTY. *Malad. de l'utérus*, p. 959. *Gazette des hôpitaux*, 1857, p. 182.

(2) *Edinb. Med. Journ.*, 1866. *Bulletin de thérap.*, 30 mai 1866, t. LXX p. 469. — TROUSSEAU et PIDOUX. *Traité de thérapeutique*, dernière édition, t. II, p. 770. — *Union médicale*, 1866. — *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 223 et 362.

(3) *Malad. des ovaires*, p. 220.

(4) 1840, p. 603.

(5) *Loc. cit.*, p. 119.

(6) HAMILTON. *Pract. observ. Edinb.*, 1836, première partie, pp. 102, 103, 108.

certains observateurs certains diurétiques : le *nitrate de potasse*, la *pariétaire*, le *sirop de pointes d'asperges*, l'*aloës*, la *tisane de genévrier* (1), les *fumigations* à l'*eau bouillante* et à l'*écorce de sureau*, *les bains alcalins*, etc.

6. Hussey par la diète et les *opiacés*, a vu disparaître, par résorption, un kyste simple qui reparut dix mois après : la ponction amena la péritonite et la mort (2).

7. Ont été également recommandés comme pouvant amener la guérison : les *bains chauds* (3), les *bains salés*, (4), les *fomentations* et les *cataplasmes* (5). Franz-Schûh (6) dit avoir vu un kyste ovarique gros comme la tête et mobile, diminuer au bout de six mois et finalement disparaître par l'usage des bains salés d'Ischl. — La gomme-gutte et les bains de mer employés concurremment après la ponction simple, auraient donné une guérison entre les mains du docteur Lalesque (de la Teste) (7), mais les moyens médicaux réclamés dans ce cas devraient laisser l'honneur de la cure à la ponction qui plus d'une fois a procuré semblable résultat. Collin prétend dans un cas, avoir guéri sa malade par des cataplasmes faits avec du miel, de l'onguent althœa et de la gg galban. broyés avec un jaune d'œuf (8).

Il est bien difficile, comme on le voit par ce court aperçu, de juger définitivement la valeur de telle méthode de médication interne plutôt que de telle autre. Dans les observations même le plus dégagées de tout soupçon, soit par l'autorité de leurs auteurs, soit par les détails circonstanciés qui ne laissent peser aucun doute sur le diagnostic, il est difficile de déter-

(1) Disse. *Monatschr. f. Geburtsk.*, novembre 1857.
(2) *Med. T. and Gaz.*, 1863, 21 février, n° 660.
(3) In Bluff. *Abeille*, 1838, t. I, p. 250.
(4) A. Laënnec, de Nantes. — *Revue médicale*, 1828, t. IV, p. 17. — Desormeaux. *Loc. cit.*, page 9.
(5) Monro. *Med. Ess.*, vol. IV.
(6) *Ueber die Erkentniss der Pseudoplasmen*. Wien, 1851, s. 156.
(7) *Journal de méd. de Bordeaux*, janvier 1857.
(8) Richter, p. 133.

miner le remède méritant les honneurs de la guérison : presque toujours en effet, le traitement a été constitué par un assemblage de moyens différant d'action et qui dans d'autres observations passent pour avoir guéri à eux seuls. Quoiqu'il en soit, on sera toujours admis à essayer les médications recommandées, en ayant soin de ne pas trop insister dès qu'on s'aperçoit de leur inutilité, afin de ne pas faire perdre à la malade le bénéfice d'une cure plus radicale en la plaçant dans des conditions défavorables.

II. — COMPRESSION ABDOMINALE.

1. Seymour (1), en s'appuyant sur l'autorité d'Hamilton (2), admet la possibilité de guérir les kystes de l'ovaire par la malaxation et les percussions du ventre; ces moyens pour lesquels Hamilton inventa même un instrument spécial, pas plus que les *frictions sèches*, tant recommandées par Campbel, ne méritent guère de confiance. Isaak Brown (3) a échoué par la compression seule, mais nous verrons plus loin qu'il lui dut des succès en l'employant après la ponction et en en aidant l'action par des remèdes variés (4). J. Morley (5) a guéri une malade à l'aide de bandages appliqués autour de l'abdomen. Gendrin (6) accordait également de la confiance à la compression continue et modérée de l'abdomen, aidée de l'usage des diurétiques et des évacuants, tout en observant soigneusement l'état général de la malade.

2. Voici en quoi consistait l'appareil compressif recommandé par Brown (7) :

1° Compresses superposées de manière à former une surface convexe adaptée à la concavité du bassin.

(1) *Loc. cit.*, p. 122.

(2) *Practic. observat. on Midwif*, 2e édition. Edinb., 1840, p. 62.

(3) SCANZONI, *loc. cit.*, p. 390. *The Lancet*, mai, 1854. *On Diseases of women*, etc., in-8°, 1854, p. 212.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1846, 199. — Société médicale de Londres. *Bulletin général de thérapeutique*. 1860, t. LIX, p. 464. *The Lancet*, apr. 1843.

(5) *The Lancet med.*, 1835. London, p. 33. — *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 261.

(6) *Gazette des hôpitaux*, 1850, n° 44.

(7) LABALBARY, *loc. cit.*, p. 48 et suivantes. — *De l'hydrop.*, etc., par BAKER-BROWN, chap. V.

2° Au-dessus des compresses, de longues bandelettes de sparadrap, embrassant tout l'abdomen, se croisant en avant à angle droit, et s'étendant de l'articulation vertébrale de la huitième côte au sacrum.

3° Sur ce premier appareil : large rouleau de flanelle, ou bandage de corps, ou bandage spécial se laçant et se serrant à volonté avec sous-cuisses. L'épine iliaque est protégée par un morceau de buffle ou d'amadou.

Bandages et compresses doivent être surveillés soigneusement pour être rajustés au besoin.

3. Appliquée *a*) *avant la ponction*, l'auteur attribue à la compression les avantages suivants :

1° Prévient le développement de la tumeur en l'empêchant de se remplir.

2° Détermine parfois l'absorption de tout le contenu.

3° Peut amener la rupture du kyste dans le vagin, le rectum ou le péritoine.

b) *Après la ponction* : 1° Prévient la reproduction trop rapide du contenu en comprimant mécaniquement les vaisseaux sanguins alimentaires.

2° Son emploi est justifié par les résultats connus de cette méthode sur certaines tumeurs qu'elle fait disparaître.

4. Brown aidait ce traitement par une médication qui avait pour but de stimuler les fonctions abdominales, de corriger les sécrétions vicieuses, de rétablir et fortifier la santé : (mercuriaux et diurétiques : mélange de pilules bleues et d'opium en pilules : potion avec acétate de potasse, scille et plusieurs autres diurétiques) (1).

5. La ponction suivie de la compression, tant préconisée par Brown, lui a été attribuée à tort comme méthode : il n'a fait que remettre en honneur, en 1844 (2), un moyen déjà vivement recommandé par Scarle, en 1824 (3). Benj Bell (4) et Hamilton y avaient également recours (5).

(1) *Encyc. des sciences médicales*, 1846, t. CLXXI, p. 223.
(2) *The Lancet. New Series*, vol. I, 1844, mai 4, p. 179.
(3) *Johnson's Journ.*, 1824.
(4) *Syst. of surgery*, vol. V, p. 246.
(5) *Med. chir. Monatschr.*, etc. von F. E. Friedreich u. Dr A. Vegel, 1860, t. I, p. 249.

6. Baker-Brown regardait cette méthode comme spécialement applicable aux kystes uniloculaires sans adhérences, à contenu clair, limpide, hydatique et non albumineux; et des observations de A. T. Thompson, Thom. Hunt, William Eccles, Murphy (1) et Martin (2) prouvent qu'on peut obtenir par là des guérisons durables (3).

Dolbeau (4) partage complètement la manière de voir du chirurgien anglais sur l'efficacité de ce moyen dans les kystes séreux. Baker-Brown en a du reste obtenu et signalé des succès. Kœpl rapporte (5) qu'une dame de 30 ans lui parut trop malade pour supporter la ponction : elle partit pour Londres et en revint six à sept mois après, complètement guérie; on lui avait pratiqué une ponction simple et appliqué un bandage compressif. Pigeolet l'avait également vue.

Dans l'observation de Martin, il s'agissait d'un kyste uniloculaire séreux dans lequel il fit deux ponctions à cinq mois de distance : un mois après la seconde ponction, bandage compressif du ventre. Un an après la malade revue par l'auteur était guérie et en janvier 1852, c'est-à-dire moins de trois ans après la première ponction, cette dame accoucha d'un garçon bien portant : il y eut hémorrhagie interne menaçante, mais des soins empressés finirent par la réprimer : elle se rétablit complètement.

Le docteur Claudot, de Neufchâteau, pratique une ponction palliative qui donne lieu à l'issue de quatre seaux de sérosité (31 1/2 kil.) et suivie de la compression méthodique du ventre : il y eut guérison radicale (6).

Mais ce sont là, en somme, des faits exceptionnels et encore est-il permis de se demander en pareille circonstance ce qui a guéri : est-ce la compression plutôt que la ponction que nous verrons plus tard guérir à elle seule, ou que les moyens adjuvants que nous avons vus également procurer des guérisons en certains cas?

(1) *Med. Soc. of London*, 1851.
(2) 1° Fall in *loc. cit.*
(3) *Ibid.*, pp. 3, 9 et 39.
(4) *Loc. cit.*, p. 132.
(5) *Journ. de méd. et de chir. de la Société des sciences nat. de Bruxelles*, 1857, t. II, p. 411.
(6) *Union médicale*, 1856, p. 561.

7. L'auteur la recommandait également chez les malades où l'on peut persévérer longtemps dans l'application du moyen, quand on n'est pas pressé, en un mot, enfin pour certains kystes multiloculaires et aussi des uniloculaires avec adhérences (Kiwisch, Bird, Lee).

8. Baker-Brown a reconnu lui-même la plupart des inconvénients que Simpson surtout avait trouvés à cette méthode, laquelle est également condamnée par Tavignot (1), considérée comme peu utile, surtout après la ponction, par Spencer-Wells (2) et par Scanzoni (3) qui lui trouve entr'autres inconvénients celui d'incommoder beaucoup la femme par les refroidissements auxquels l'humidité de l'appareil l'expose.

L'usage de la ceinture, dit Kœberlé dont l'opinion a tant de valeur en pareille matière, est nuisible dans les kystes de l'ovaire : la compression forcée, loin d'enrayer le développement des kystes, paraît au contraire le favoriser par la gêne occasionnée dans la circulation du retour du sang veineux : de toutes manières elle provoque dans certains cas des hémorrhagies internes, refoule le diaphragme et les viscères thoraciques : les éraillures externes qu'elle provoque donnent lieu à des hémorrhagies qui se constituent en adhérences (4).

9. Après dix ans de recherches, Baker-Brown en arriva à entreprendre ces hardies opérations d'ovariotomie qui l'ont illustré. Cette méthode de la compression, abandonnée ainsi par l'un de ses plus ardents et de ses plus autorisés promoteurs, condamnée avec tant de force et d'énergie par l'un des plus grands ovariotomistes dont s'honore la chirurgie moderne, ne doit donc pas tenter le praticien, sauf dans certains cas déterminés où elle doit venir en aide à des méthodes plus radicales ou lorsque son usage est commandé par certaines indications spéciales : c'est en pareils cas que rendrait de grands services la ceinture de Ph. Bourjeaurd (5), tant recom-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Journ. de méd.*, etc. *de Bruxelles*, 1863.
(3) *Loc. cit.*, p. 397.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1868, 451, obs. LV.
(5) *Bulletin de l'Acad. imp. de méd.*, 1856-57, t. XXII, p. 284. *Note sur les kystes de l'ovaire* et in *Bulletin de thérapeutique. — Coup d'œil sur l'empl. de la comp. par les appar. élastiq.*, 1857, t. LII, p. 489.

mandée par Courty, ainsi que nous l'avons vu, et expérimentée avec succès par Bransby Cooper (1), Giraldès, Piogey et Morpain (2). L'état des parois du kyste, dit l'auteur de cette nouvelle application de la méthode (3), ses rapports avec les parties voisines, la nature de son contenu rendent plus ou moins insuffisantes la pression atmosphérique et l'élasticité des enveloppes cutanée, musculeuse et aponévrotique pour amener une évacuation radicale de la poche après la ponction. Les manœuvres des mains d'un aide par pression et malaxation sont plus ou moins douloureuses, agissent par saccades sur des points circonscrits et d'une manière inégale. Pour atteindre plus sûrement le but, Ph. Bourjeaurd substitue l'action lente, douce, peu agressive, constante et égale d'un appareil contentif et compressif : ceinture en soie ou coton et caoutchouc, élastique, sans couture, à élasticité latérale, embrassant toute la région abdominale depuis la pointe du sternum jusqu'au pubis et assez serrée pour exercer une compression assez forte sur toutes les parties avec lesquelles elle est en contact. La ponction s'opère entre les mailles du tissu, et l'évacuation du kyste s'opère par le retrait actif de la ceinture.

III. — HYDROSUDOTHÉRAPIE.

Le docteur Th. Herpin prétend avoir guéri une femme de 45 ans d'un kyste ovarique droit par le traitement suivant :

Le matin, deux jours de suite, emmaillottement de la malade dans une couverture de laine, et toutes les demi-heures, jusqu'à transpiration, 10 centigrammes de poudre de Dower. Entretenir la sudation pendant 5 heures.

Après quinze jours de ce traitement, changement marqué dans la tumeur.

Repos d'une semaine, puis tous les deux ou trois jours une pilule d'Anderson.

Deux mois et demi après, guérison radicale (4).

(1) *Acad. impér. de méd.* Séance du 20 janvier 1857.
(2) *Bull. gén. de thér. méd.-chir.*, 1857, t. LII, p. 489.
(3) *Ibid.*
(4) *Union médicale*, 1856, p. 512.

Au résumé, nous dirons avec Courty (1) qu'on devra tenter les moyens palliatifs dans les cas de kystes uniloculaires qu'on peut abandonner à eux-mêmes, à parois très-épaisses, séreux, sans tumeurs solides, chez des sujets d'un âge moyen, bien constitués, de bonne santé. Si on échoue, on recourt à la ponction simple.

SECTION DEUXIÈME. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire est *palliatif* ou *curatif.*

I. — DU TRAITEMENT CHIRURGICAL PALLIATIF.

1. Il a pour but d'évacuer le contenu de la tumeur pour faire cesser la compression et les accidents qui en dépendent.

2. On y parvient par un procédé dont les applications sont nombreuses dans le traitement curatif, ainsi que nous le verrons plus tard, et qui parfois à lui seul a suffi pour amener une guérison radicale, définitive. C'est la *ponction.*

CHAPITRE PREMIER.

DE LA PONCTION.

« Sic saltem vita per plures annos prorogari posset, et molestiæ morbi tolli, licet integra servatio non succederet. »

VAN SWIETEN.

1. La ponction dite : *simple, évacuatrice, de nécessité* peut se pratiquer :

1° Par l'abdomen ;

2° Par le vagin ;

3° Par le rectum.

2. Nous avons à examiner chacun de ces procédés en particulier au point de vue :

1° Du manuel opératoire.

2° Des indicationset contre-indications.

(1) *Mal. de l'utér.*, p. 956 et suivantes.

3° De leurs avantages;
4° De leurs inconvénients ou dangers.

ARTICLE PREMIER. — DE LA PONCTION SIMPLE ABDOMINALE.

C'est la *paracentèse* proprement dite : connue et pratiquée dès la plus haute antiquité, elle a constitué un des premiers moyens chirurgicaux appliqués à la cure des kystes de l'ovaire, que l'on confondait pour ainsi dire toujours avec l'ascite. Hippocrate recommandait déjà de pratiquer la paracentèse près de l'ombilic dans toutes les hydropisies abdominales. Avant l'invention du trocart par Canone, on se servait d'un bistouri étroit et tranchant des deux côtés (1).

§ 1er MANUEL OPÉRATOIRE.

I. — *Appareil instrumental :* 1° Un *trocart* de 10 à 20 centimètres de long, et d'un diamètre de 8 millimètres, pour l'écoulement facile des liquides et pour abréger la durée d'une opération toujours pénible, est recommandé et employé par Scanzoni (2), Baker-Brown (3) et Boinet (4).

Les motifs que ces auteurs invoquent pour justifier l'emploi d'un trocart plus volumineux que ceux dont on use ordinairement, ne nous paraissent pas suffisants en regard des dangers auxquels il prédispose. L'opération de la paracentèse n'est guère douloureuse, et avec une position convenablement donnée à la malade dans son lit, il résulte peu d'inconvénients pour elle de la durée de l'écoulement du liquide. Aussi n'hésitons-nous pas à donner, avec Martin (5), Nélaton (6) et Pidoux (7), la préférence à

(1) HERRERA VEGAS, *loc. cit.*, p. 51.
(2) *Loc. cit.*, p. 593.
(3) In LABALBARY, *loc. cit.*, p. 49.
(4) *Mal. des ovaires*, p. 248.
(5) *Loc. cit.*, pp. 39, 43.
(6) DELSTANCHE. *Visite à M. le docteur Nélaton. Journ. de méd. de la Soc. des sciences*, etc. *de Bruxelles*, p. 520.
(7) *Union médicale*, 1856, p. 519.

un trocart de mince calibre, du volume de 3 millimètres, long de 20 à 25 centimètres. Au-dessous des dimensions de ce diamètre, on s'expose à des longueurs sans grand avantage. On évitera par l'usage de cet instrument :

a) Une déplétion trop rapide du kyste avec les accidents graves qui en découlent.

b) La blessure des vaisseaux des parois de la tumeur.

c) La péritonite par épanchement d'une partie du liquide dans l'abdomen.

Le *trocart à hydrocèle*, dit Nélaton (1), distend et rompt les fibres de la membrane kystique peu extensible et expose à laisser écouler du liquide dans l'abdomen, accident qu'il n'a jamais observé en faisant usage de son trocart ;

2° Une sonde en baleine pour désobstruer la canule de la graisse, des caillots fibrineux, etc., qui peuvent embarrasser le cours du liquide ;

3° Plusieurs petits vases pour recueillir le liquide, et un plus grand pour l'y déposer ;

4° Des aides en nombre suffisant pour comprimer régulièrement l'abdomen, et, si on doit s'en passer :

5° Un bandage de corps percé d'un trou à l'endroit de la ponction, et qu'on resserre successivement ;

6° Médicaments et analeptiques nécessaires pour combattre les syncopes ;

7° L'appareil instrumental nécessaire pour arrêter une hémorrhagie artérielle de la nature de celle à laquelle on est exposé : bistouri, pinces, aiguilles, fil, etc.

8° Enfin, les pièces nécessaires au pansement : diachylum, collodion, compresses graduées, bandage de corps, etc.

II. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

a) 1. Scanzoni conseille de faire asseoir la malade si ses forces le permettent. Ce n'est guère à conseiller, car dans semblable position, comme le fait observer Labalbary, le bandage compressif se plisse et change de

(1) *Loc. cit.*

position à mesure que l'abdomen s'affaisse; et si on possède des aides, ils ne peuvent que difficilement exercer la compression méthodique. En outre, la grande tendance à la syncope que provoque cette position, viendrait entraver l'opération, si pas créer de véritables dangers.

2. Il est donc bien préférable de la coucher sur le côté, de façon à ce que la partie proéminente du ventre avance de quelques centimètres sur le bord du lit; par là on peut s'il est nécessaire, comme dans le cas de kyste multiple, vider successivement deux ou trois poches par le retrait et la réintroduction du poinçon du trocart sans déranger la canule. Si la malade était assise, la gravitation de la tumeur s'opposerait à cette manœuvre ou du moins la contrarierait beaucoup : en outre, en roulant pour ainsi dire la malade de plus en plus sur le côté où s'opère l'évacuation, et comprimant au fur et à mesure l'abdomen, on vide beaucoup plus complètement le kyste. Le docteur Simpson est le premier qui ait professé que la paracentèse ne peut s'exécuter que dans la position horizontale de la malade (1).

b) 1. Il faut *vider la vessie* par le cathétérisme, car les malades affectées de kystes ovariques vident presque toujours incomplètement ce réservoir, et on s'exposerait sans cela à des dangers sérieux qu'il est facile d'éviter.

2. Il est également prudent *d'évacuer le rectum* par un lavement, quelques heures avant de procéder à l'opération, au plus tard la veille.

c.) *Choix du point de la ponction.* — 1. Bright (2) recommandait de choisir le point culminant de la tumeur, où qu'il pût être.

2. Lorsqu'il s'agit d'élire ce point, on doit avoir en vue :

1° D'éviter les vaisseaux abdominaux ou ceux de la paroi du kyste.

2° D'éviter de blesser des organes en rapport de voisinage avec le kyste : vessie, intestin, utérus.

3° D'entrer dans la tumeur à un point suffisamment déclive pour espérer évacuer la poche aussi complètement que possible.

3. En ponctionnant dans la ligne demi-lunaire, comme le veut Baker-Brown et comme on a l'habitude de le faire pour la paracentèse abdomi-

(1) *Edinb. méd. Journ.*, octobre 1852, et *Obstetric. works*, vol. I, p. 259.
(2) *Archiv. gén. de méd.*, 1838.

nale en cas d'ascite, on évite l'artère épigastrique et toutes les grosses veines.

4. Scanzoni, lorsque la tumeur est volumineuse (1), désigne comme point à ponctionner le tiers inférieur d'une ligne tirée de l'ombilic à la symphyse, sur la ligne médiane : c'est le point où la tumeur s'applique le plus exactement contre les parois abdominales et où on est moins exposé à rencontrer des anses intestinales interposées : en outre, il n'y a pas de vaisseaux importants dans cette région : c'est aussi la conduite adoptée par Spencer Wells (2), qui rapporte néanmoins un cas où la ponction sur cette ligne fut suivie de la mort par blessure d'une veine dilatée. Courty recommande le même point d'élection (3).

5. Si la tumeur est moindre, il faut se guider sur la fluctuation ; choisir un point du kyste suffisamment fluctuant, à parois amincies, où il présente en même temps le plus de matité et lorsqu'il n'y a pas de veine sous-cutanée importante. — On évitera ainsi le danger de ponctionner l'utérus, par exemple, et l'hémorrhagie.

Il est toujours prudent de suivre le conseil que donne Kœberlé (4) d'ausculter, avant de ponctionner, l'endroit où l'on veut porter l'instrument et de s'assurer ainsi s'il n'y a pas de bruits de souffle, à l'effet d'éviter la blessure d'un gros vaisseau : les veines et les vaisseaux lymphatiques des tumeurs ovariques sont parfois très-gonflés, variqueux, par suite de la gêne circulatoire de leur pédicule, soit par compression, soit par torsion.

La percussion, soigneusement faite, décèlera la présence d'une anse intestinale au-devant de la tumeur.

6. Lorsqu'exceptionnellement, l'anneau ombilical est largement ouvert et laisse passer une partie de la paroi antérieure du kyste, et qu'en ponctionnant ailleurs on ne peut ouvrir une poche plus grande, il faut choisir l'ombilic comme lieu d'élection. Scanzoni rapporte qu'à l'hôpital de Julius, à Wurzbourg, se trouvait une femme qui se fit en trois ans, vingt-deux

(1) *Loc. cit.*, pp. 290 à 404.
(2) Jottrand, *loc. cit.*, 1863, t. II. — Th. Bottaro. Traduct. du même travail. Paris, 1867, p. 11.
(3) *Loc. cit.*, p. 944.
(4) Observation XXI. *Gaz. des hôpitaux*, 1867, p. 11. — Voir Laskowski. Thèse citée.

fois la paracentèse à cette région avec un rasoir. — Quand on ponctionne le nombril, Scanzoni recommande de faire coucher la malade sur le côté pour vider complètement le kyste.

7. Boinet insiste beaucoup sur ce conseil de ponctionner du côté où le kyste a pris naissance, au-dessus de l'arcade crurale. Il y trouve les avantages suivants qui ont certainement leur valeur, surtout dans le cas où l'on devrait se décider plus tard pour l'ovariotomie :

1° Le kyste se rétracte plus facilement et plus complètement en revenant vers son siége primitif.

2° On évite la formation d'adhérences dans des points éloignés, d'où plus tard, lors de ponctions ultérieures, retrait difficile du kyste.

3° Dans ces adhérences éloignées du point d'origine du kyste, il y a danger pour la formation de brides qui exposent à des étranglements internes.

Dans les huit ponctions que nous avons eu l'occasion de pratiquer pour des kystes ovariques (deux uniloculaires séreux, un multiple, un multiloculaire dont la fluctuation nous avait trompé, car le liquide en était visqueux) et par le procédé Boinet, nous n'avons pas eu d'accident à déplorer du fait de l'opération.

8. Il est, comme on le voit, plus d'une précaution à prendre avant de plonger le trocart dans une pareille tumeur, et on s'éloignerait singulièrement des lois les plus élémentaires de la prudence, en suivant l'exemple des chirurgiens du Bureau central près desquels, au dire de Malgaigne (1), des femmes venaient faire ponctionner leur kyste dès qu'elles croyaient le moment venu et pour ce, se bornaient à lever leurs jupons pour les rabattre et s'en aller une fois la ponction faite. — Morand regardait aussi la ponction comme fort innocente : « il m'est arrivé plus d'une fois, dit-il, d'attendre chez elle une dame de condition pour me trouver au rendez-vous pris avec elle pour faire la ponction : elle partait souvent pour la campagne le lendemain, après avoir rendu communément 18 pintes d'eau et elle y mourut des suites d'une indigestion (2). »

(1) Discours à l'Académie impériale de médecine de Paris. *Bulletin*, 1856.
(2) *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. II, p. 457.

Les circonstances seules peuvent guider le praticien dans l'élection du point où il doit faire la ponction, et il doit, avant de se décider, peser mûrement les dangers à courir ainsi que les avantages qu'il croit trouver dans le point choisi.

d.) On place sous la malade le bandage de corps qui doit servir à contenir le ventre, en même temps que les pièces de pansement, et cela afin d'éviter tout mouvement et le danger qui en résulterait.

III. — DÉTAILS OPÉRATOIRES.

a.) Le chirurgien placé du côté à opérer, tend la peau de l'abdomen avec la main gauche placée à plat.

b.) Quand les parois abdominales sont épaisses, doublées d'un pannicule graisseux considérable, Baker-Brown conseille de faire une incision préalable avant de plonger le trocart.

c.) De la main droite, le chirurgien enfonce, par un mouvement de demi-rotation et brusquement, le trocart jusqu'à ce qu'il éprouve la sensation d'une résistance vaincue : il est quelquefois nécessaire pour cela d'employer une certaine force.

d.) On retire la tige du trocart et on reçoit le liquide dans un vase.

1. Pendant ce temps de l'opération, les mains d'un aide ou un bandage *ad hoc* produisent une compression graduelle du ventre, pour empêcher le trocart d'échapper à la tumeur en même temps que pour opérer une déplétion méthodique du kyste. A moins d'indication pressante, lorsqu'on ne peut tarder à opérer, il est préférable de se servir d'un aide intelligent plutôt que d'un appareil quelque ingénieux qu'il puisse être.

Spencer Wells est d'avis au contraire qu'il faut éviter toute pression ou l'emploi d'un bandage, quel qu'il soit, sur le ventre, parce que de cette façon, prétend-il, on déplace le kyste pendant son évacuation et on s'expose à faire écouler son liquide dans l'abdomen (1). Nous ne pouvons partager cette opinion, qui serait vraie si le kyste avait des adhérences ou si on n'avait pas à tenir compte du refoulement de la tumeur opéré par les

(1) Traduction de TH. BOTTARO, p. 12. WEST partage la même opinion (*loc cit.*, p. 653).

intestins qui reprennent droit de domicile au fur et à mesure qu'elle s'affaisse : nous croyons donc qu'on agit avec infiniment plus de sécurité, lorsqu'un aide intelligent embrasse à travers le ventre, la base du kyste et le repousse méthodiquement et graduellement vers le point où s'opère son évacuation.

3. On observe soigneusement l'état de la malade, de sa figure, du pouls.

Si on s'aperçoit qu'il y a tendance à la syncope, on arrête momentanément l'écoulement du liquide par le pouce de la main qui tient la canule placé sur l'ouverture de celle-ci ou par un bouchon qu'on y adapte : West recommande en outre d'abaisser la tête et les épaules de la malade au fur et à mesure de l'évacuation (1).

4. Si au contraire l'écoulement se fait mal par suite de l'obstruction de la canule pour l'une ou l'autre cause, on se sert de la baleine ou à la rigueur d'injections d'eau tiède.

5. Si l'obstacle tient à la trop grande consistance du contenu du liquide, ou lorsqu'il s'agit de matière colloïde un peu ramollie, l'opération est inutile et il faut penser à un autre moyen de traitement, comme il sera indiqué plus tard.

6. Au fur et à mesure que le kyste se vide on doit, l'aide maintenant toujours une compression exacte sur le fond de la tumeur, placer ou plutôt pousser en roulant la malade vers le côté où se pratique l'opération, à la manière d'un tonneau dont on viderait le contenu avec précaution en portant graduellement le liquide vers la bonde qui lui donne issue.

7. Quel que soit le but que l'on se propose par la ponction, qu'elle soit pratiquée à titre de simple palliatif ou pour être suivie d'injections de diverse nature, il ne faut pas s'acharner à avoir la dernière goutte du liquide kystique, car d'après les expériences de Hutin, rappelées par Velpeau, dans la discussion académique de 1856 (2), les kystes ne guérissent pas par accolement, adossement de leurs parois, mais par modification apportée dans le travail sécrétoire de leur paroi interne.

(1) *Loc. cit.*, p. 654.
(2) 13 janvier 1857.

Aran (1), pour arriver à vider aussi complètement que possible le kyste de son contenu, conseillait d'introduire un ou deux doigts dans le vagin, de refouler en haut le cul-de-sac correspondant au kyste, pendant que la main placée sur l'abdomen, exerce une compression de haut en bas : il est parvenu de cette façon, dit-il, à réduire un kyste volumineux à un moignon gros comme le poing.

Piorry, qui tient également à évacuer jusqu'à la dernière goutte de liquide, par cette considération que si on veut employer les injections iodées par exemple, la matière injectée se trouverait sans cette précaution, étendue dans des proportions impossibles à évaluer, introduit (et cela depuis 1835) dans la canule du trocart, au moment où la sérosité s'écoule avec peine et lenteur, une sonde en gomme élastique, exactement de même dimension que le calibre de cette canule, puis dirige l'extrémité de la sonde introduite vers les points déclives ou vers ceux où existe de la matité. Alors il abaisse l'ouverture de la sonde au dehors sur un niveau de beaucoup inférieur à sa partie opposée : de là une sorte de siphon dont la courte branche est dans l'abdomen et la longue au dehors : on évacuera ainsi tout le liquide (2).

8. Dans les cas où il y aurait complication d'ascite, que celle-ci ait été reconnue ou non, il peut se présenter deux cas :

1° L'instrument ne pénètre que dans le péritoine : la cavité abdominale vidée et la tumeur mieux reconnue, on pousse le trocart dans celle-ci sans retirer la canule;

2° On a pénétré directement dans le kyste : si l'on reconnaît la complication avant de retirer l'instrument, la tumeur étant vidée, il faut, pour le retrait de la canule, procéder comme il va être dit tout à l'heure; permettre à l'ouverture pratiquée au kyste de se cicatriser et recourir ensuite à une nouvelle ponction si les accidents ascitiques la commandent; ou sinon attendre la nécessité d'une ponction de la tumeur pour agir comme dans le cas où la complication est reconnue, c'est-à-dire ponctionner l'abdomen d'abord et le kyste ensuite.

(1) *Loc. cit.*, p. 1077.

(2) Discours de Piorry à l'Académie impériale de médecine, 28 octobre 1856.

e) *Il faut retirer la canule.* — Au point où elle sort du ventre, le pouce et l'index de la main gauche qui l'y ont maintenue pendant toute la durée de l'évacuation, pressent doucement sur les parois abdominales en continuant à circonscrire la canule de façon à mettre ces parois en contact avec celles du kyste vidé : l'aide continue la compression modérée sur le ventre et alors, par un mouvement brusque, on retire la canule de la main droite.

Boinet (1) conseille de laisser alors la main gauche quelque temps appuyée sur l'abdomen, tandis que Spencer Wells recommande de pincer la peau, d'y faire un pli pour réunir ensuite la plaie par un point de suture entortillée (2).

f) Scanzoni (3) fait coucher la malade sur le côté opéré et laisse pendant plusieurs heures et même plusieurs jours le liquide s'écouler par la plaie, que ce liquide soit le contenu d'un kyste ou d'une ascite. Boinet s'élève avec raison contre une pareille pratique qui ne peut avoir d'autre résultat que des accidents provoqués par l'issue du liquide dans le ventre. On doit au contraire avoir soin de faire placer la malade sur le côté opposé, de manière à empêcher l'issue de ce qui peut rester de liquide dans la tumeur et son épanchement dans l'abdomen. On fait conserver cette position pendant vingt-quatre à quarante-huit heures pour que l'ouverture faite au kyste ait eu le temps de revenir sur elle-même et de se refermer. Piorry insiste également beaucoup sur ce détail opératoire.

g) On procède au pansement dès que la position convenable est donnée à la patiente. Si on n'a pas réuni par un point de suture, comme le fait Spencer Wells, on applique sur la petite plaie abdominale, comme le conseille Boinet, un morceau de diachylum, ou une couche de collodion riciné, puis des compresses graduées, et enfin des cardes d'ouate non gommées : on maintient le tout en serrant modérément le bandage de corps. C'est le pansement qui convient le mieux pour continuer à appliquer les parois abdominales sur le kyste et qui expose le moins au dépla-

(1) *Maladies des ovaires*, p. 250.
(2) Jottrand, *loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*, pp. 390, 401.

cement des pièces qui le constituent : le simple bourdonnet de charpie maintenu en place par une bandelette agglutinative, comme le fait Scanzoni, est tout à fait insuffisant.

Churchill (1) insiste également, l'opération terminée, sur l'application immédiate d'un bandage de corps ou d'un appareil en caoutchouc de Bourjeaurd (2). Il affirme n'avoir jamais rencontré d'inconvénients dans la pratique de cette opération.

§ 2. DANGERS OU INCONVÉNIENTS DE LA PONCTION.

1. *Hémorrhagie.*

a) Lésion artérielle des parois abdominales. On cherchera d'abord à arrêter l'écoulement du sang par les moyens les plus simples :

1° Compresses froides ou styptiques;

2° Compression du voisinage de la plaie quelque temps continuée au moyen des doigts. On pourrait réussir par le moyen conseillé dans le dernier siècle par Petit-Radel et employé avec succès par Cruveilhier, c'est-à-dire de comprendre le trajet du trocart dans un large repli des parties molles, le comprimer en le froissant même un peu avec le pouce et l'index jusqu'à ce que le sang cesse de couler (3);

3° Introduction d'un morceau de bougie en gomme élastique, ou emplastique; d'un petit cône de charpie, d'éponge préparée qu'on peut au besoin imbiber de perchlorure de fer liquide, et maintenus au moyen d'un morceau de sparadrap;

4° Suture de la plaie au moyen d'une forte épingle et d'un fil entortillé;

5° On peut recourir à la méthode de Simpson (4);

6° Si cela est nécessaire, il ne faut pas hésiter à prolonger l'ouverture par une incision pratiquée au-dessus et au-dessous du point de la ponction

(1) *Loc. cit.*, p. 618.

(2) BRICHETEAU. *Sur l'utilité de la compression.* — *Archives générales*, t. XXVIII, p. 92. — ISAAK BROWN. *Archives*, 1845, t. IX, p. 231.

(3) VELPEAU. *Médecine opératoire*, t. II, p. 296, 3e édition, 1840. Bruxelles.

(4) *Acupressure. A new method of arresting surgic. hemorrhage and of accelerat. the heeling of wounds.* Edinb., 1864.

et rechercher le vaisseau ouvert pour en pratiquer la ligature ou l'acupressure;

b) ***Lésion artérielle des parois du kyste.*** **1°** Si celui-ci est adhérent aux parois abdominales dans le point lésé, même conduite que plus haut.

2° Si au contraire la paroi s'est affaissée avec le vaisseau lésé et fournit du sang dans la cavité abdominale, on n'a guère qu'une ressource pour sauver sa malade, c'est de procéder immédiatement à l'ovariotomie (1), ou du moins doit-on pratiquer une incision suffisamment étendue pour retrouver la source de l'hémorrhagie et la tarir, dans le cas où on aurait des raisons pour ne pas faire courir à la malade les chances d'une opération radicale.

c) On aurait à se conduire de la manière déjà indiquée pour la recherche de la lésion d'un *vaisseau de l'épiploon* qui se serait trouvé situé entre la paroi abdominale antérieure et le kyste, comme il est arrivé à Scanzoni dans une opération de ponction qu'il pratiquait avec Schierlinger.

d) S'il y a *hémorrhagie interne du kyste*, ce que l'on reconnaîtra aux symptômes d'une anémie profonde et rapide, à l'écoulement de sang mêlé avec le liquide kystique ou de sang pur en grande quantité, comme il est arrivé à Morand (2), on s'empresserait de recourir aux remèdes analeptiques, aux réfrigérants énergiques appliqués sur l'abdomen, mais ici surtout il est bon d'être préparé à tout, et pour peu qu'il existe des indications suffisantes pour l'ovariotomie, il n'y a pas à hésiter si on veut soustraire sa malade à une mort presque certaine.

Sur 45 cas, connus de Martin, de ponctions pratiquées dans son pays, il ne cite qu'un cas de mort par suite de piqûre des vaisseaux de la paroi du kyste et il en fait le sujet de son observation VI (3) : on avait laissé la canule à demeure (C. W. Stark) avec l'obturateur d'Ollenroth (4), il y eut hémorrhagie interne et mort 20 heures après le début des symptômes ordinaires, lesquels avaient commencé quelques heures après l'opération.

(1) SPENCER WELLS in BOTTARO. Trad. citée, p. 12.

(2) BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*, p. 239. C'est ce qu'a vu aussi CHOMEL dans deux cas (*Gazette des hôpitaux*, 1845, n° 44).

(3) *Loc. cit.*, pp. 40 et 45.

(4) Pour le procédé OLLENROTH, voir *London med. Gaz.*, 1835.

Boivin, Dugès (1) et Barbrau (2), rapportent avoir vu la mort survenir dans les mêmes circonstances et Peaslee a essuyé le même mécompte dans sa pratique (3). Dans un kyste traité par une simple ponction, l'autopsie a démontré l'existence d'une masse considérable de sang coagulé qui accusait pendant la vie les symptômes d'une tumeur solide (4).

Delpech ne redoutait tant de pratiquer la première ponction, même en cas d'urgence, qu'à cause d'une hémorrhagie promptement mortelle qui suivit la 14e ponction faite à droite de l'abdomen d'une femme chez laquelle 13 ponctions avaient été faites antérieurement à gauche sans accident (5). D'après Serres, de Montpellier, le docteur Balaguier, après avoir ponctionné trois ou quatre fois, toujours dans le même point de la paroi abdominale, perdit sa malade en ponctionnant le kyste dans un autre endroit (6).

2. *Syncope.*

1. C'est l'accident le plus à craindre, car on peut voir la mort survenir rapidement à sa suite.

2. Elle est due : 1° à l'hémorrhagie dont nous venons de parler, ou 2° à l'évacuation trop rapide du contenu du kyste.

3. La diminution brusque de la pression de la cavité abdominale provoque un afflux de sang dans les vaisseaux y contenus, des déplacements considérables dans les organes du bas-ventre, d'où anémie brusque du cerveau : sanglots, vomissements, évanouissements, délire convulsif, profond abattement nerveux et mort.

4. Une fille de 28 ans, qui était attaquée d'hydropisie enkystée depuis dix ans, sans avoir presque rien perdu de ses forces, de son teint ni de

(1) *Loc. cit.*, p. 238.
(2) *Bulletin de la Société anatomique.* Décembre 1856.
(3) *Amer. J. of the med. sc.*, octobre 1866.
(4) Dupuy. *Compte rendu de la société de biologie*, avril 1857.
(5) *Chir. clin. de Montpellier*, t. II. *Mém. sur les tum. form. par les kystès.* — Dubreuil. *Considér. anat. pathol. sur l'hydropisie de l'ovaire*, in *Journal hebdomadaire de médecine*, n° 22, 30 mai 1835.
(6) Lacroix de Beziers, in *Bulletin gén. de thér.*, t. LIV, p. 508, 1858.

son embonpoint, fut entreprise par un chirurgien qui lui tira plus de 28 litres d'eau du ventre à la fois, ce qui l'affaiblit tellement, qu'elle mourut quatre heures après dans des syncopes continuelles (1).

On peut lire également dans le *Med. Times and Gazette* (2) l'observation d'un cas de mort après la ponction chez une malade de 32 ans, extrêmement faible (pouls à 120), à ventre énormément distendu, et par laquelle on évacua 25 litres de liquide épais, jaunâtre : la malade s'affaissa peu à peu et mourut en quelques heures : l'autopsie démontra l'existence d'un kyste ovarique énorme qui avait contracté des adhérences partout (viscères et parois abdominales).

3. Lésion d'un viscère, ou de tumeurs autres que le kyste.

1. Un examen attentif, scrupuleux de la tumeur peut seul mettre à l'abri d'un accident qu'il n'est pas toujours possible d'éviter : qu'on se rappelle en outre qu'il est de la dernière prudence de vider la vessie, le rectum et de s'assurer surtout s'il n'y a pas grossesse.

2. Dans un cas rapporté par Guignard, dit Aran (3), outre de nombreuses veines dilatées, l'utérus était appliqué sur la tumeur, de telle sorte que l'organe eût été traversé par le trocart : c'est là un malheur qui est arrivé à Voisin (4).

3. Nous avons déjà vu que des kystes ont été trouvés si contournés sur leur axe, que la trompe, allongée, était en travers de la face antérieure de l'ovaire et gênait l'introduction du trocart (Simpson) (5).

4. D'autres fois, c'est une anse intestinale qui s'est engagée entre la tumeur et l'abdomen, comme dans le cas rapporté par Spencer Wells (6) (v. fig. 2, pl. VI).

5. Le trocart peut aussi rencontrer une plaque osseuse ou cartilagineuse

(1) SLEVOGHT in HALLER. *Disput. path.*, t. IV, p. 291. — MONRO, *loc. cit.*, p. 276, notes.
(2) 20 août 1859.
(3) *Loc. cit.*, p. 1674.
(4) *Recueil périodique*, t. VII, p. 362.
(5) DESORMEAUX, *loc. cit.*, p. 13.
(6) *Clinic. Rem. on sev. cases of ovariot.*, etc., in *The Med. T. and Gaz.*, 1862, t. II, p. 27.

d'un des points de la circonférence du kyste. L'évacuation de la tumeur, lorsqu'elle présente un état fibreux en plusieurs de ses points, produit un déplacement du kyste et rien de plus. Les parties indurées par altération des tuniques des anciens kystes, doivent être évitées dans la ponction, parce que l'ouverture peut rester béante et permettre l'épanchement après l'opération.

6. Une erreur de diagnostic peut faire ponctionner une tumeur colloïde ou une tumeur fibreuse. Dans ce dernier cas, il n'y a pas grand préjudice : la méprise n'a pas d'autre danger et est immédiatement reconnue par la sensation particulière que donne le tissu fibreux. Dans le cas de tumeur colloïde, au contraire, l'erreur peut être fatale ainsi que le prouvent les cas rapportés par Kœpl (1), Pigeolet (2) et Hafner (3).

7. D'autres fois ce sont des poches insignifiantes d'un kyste multiloculaire que l'on ponctionne, comme cela est arrivé à Dohloff qui, dans une première ponction, retira quatre grands bassins : plus tard, deux nouvelles ponctions au même endroit, n'amenèrent que quelques gouttes de sang : l'autopsie lui prouva qu'il n'avait pénétré que dans de petites poches du kyste (4).

4. Péritonite.

1. La ponction pratiquée dans certains cas, dans les meilleures conditions de santé et de caractères du kyste, peut amener rapidement la mort par péritonite (5).

2. Delvaux cite le fait d'un kyste multiloculaire qui fut ponctionné, puis il se développa une péritonite rapidement mortelle : le trocart avait traversé

(1) *Journal de méd. de Bruxelles*, 1857, t. II, 411.

(2) *Ibid.*, 1863, t. II, 469.

(3) *Würtenb. med. Correspondenzbl.* Bd 25, n° 6, feb. 1855.

(4) DOHLOFF. *Sur la ponction et l'extirpation des ovaires tuméfiés*, in *Expérience*, mai 1838.

(5) VIGLA, BARTHEZ, MARROTTE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 octobre 1856. — DENMAN. *Introd.*, t. I, p. 422. — DE LAPORTE. *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. III, p. 132. — CRUVEILHIER in LASKOWSKI. Thèse citée, p. 47. — DUGÈS in BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*, p. 537. BAMBERG. *Observationes aliquot de ovarii tumoribus*. D. I. Berol., 1864.

trois poches, en blessant en même temps le péritoine qui les tapissait en six endroits différents : les blessures du péritoine viscéral, fait-il observer, sont plus graves que celles du péritoine pariétal (1) : nous ferons néanmoins remarquer qu'en semblable circonstance la poche où pénètre en dernier lieu l'instrument abandonne plus facilement celui-ci par son retrait en ce sens que la pénétration n'a pas été suffisante : d'où écoulement du liquide en partie ou en totalité dans le péritoine.

3. Dans l'observation rapportée par Woillez, à la Société médicale des hôpitaux de Paris (2), les pressions exercées sur le ventre pendant l'évacuation du liquide kystique amenèrent la rupture d'une poche colloïde et par suite une péritonite mortelle.

4. Mais la cause qui allume le plus fréquemment la péritonite après la ponction, est la chute du liquide kystique dans la cavité abdominale, soit que le trocart abandonne la tumeur pendant l'évacuation, soit qu'il s'en écoule du kyste incomplètement vidé, lorsqu'on abandonne la tumeur à elle-même, sans user des précautions minutieusement indiquées plus haut.

5. Pour éviter pareil accident, on doit chercher à évacuer le kyste aussi complètement que possible et ne négliger aucun des détails opératoires et de pansement sur lesquels nous nous sommes suffisamment étendu.

Hofmokl, en vue de s'opposer à ce passage du liquide kystique dans le péritoine, pendant l'évacuation, jetait une ligature à nœud spécial dont il donne la description, pour fixer le trocart aux parois du kyste (3).

Nous verrons plus loin, lorsqu'il sera question des injections iodées, les modifications qu'on a cru devoir apporter au trocart pour l'empêcher de quitter la poche. Notons déjà ici que rien ne s'oppose à ce que, pour éviter tout danger, on se serve de l'appareil à aspiration continue de Buys, ou de la sonde en gomme élastique recommandée par Boinet et Piorry, ou, si on en avait le temps, des différents procédés qui consistent à pro-

(1) *Journ. de méd et de chir. de la Soc.*, etc. *de Bruxelles*, 1862, t. I, p. 91.

(2) 23 octobre 1856.

(3) *Ein neües Verfahren zur Vornahm der Punction einer Oracialc. bei aus zuführender Cystorariotomie.* — *Wiener Med. Press*, n° 39, 1868.

voquer des adhérences des parois abdominales avec la paroi kystique, et que nous aurons à décrire plus tard ; ou encore du moyen plus simple recommandé par Jobert (1), de laisser la canule en place une ou deux heures, temps suffisant, affirme-t-il, pour provoquer des adhérences capables d'empêcher le passage du liquide dans l'abdomen ; ces différents procédés, disons-nous, pourront être adoptés. Qu'on ne perde pas de vue néanmoins que ce serait là se créer des difficultés dans le cas où l'on aurait plus tard à procéder à l'ovariotomie, et qu'il ne s'agit ici que de la ponction simple, évacuatrice, très-exceptionnellement suivie de guérison, et pour laquelle on n'est pas autorisé, s'il n'y avait pas contre-indication de l'extirpation, à rendre celle-ci plus difficile et plus dangereuse pour la malade.

5. Inflammation du kyste.

1. Ces tumeurs n'ont pas la moindre susceptibilité inflammatoire, dit Boinet (2). Ce sont des poches inertes, insensibles, véritables parasites de l'économie : lorsque la guérison a lieu, ce n'est pas par inflammation adhésive, comme on l'a cru et écrit, mais par une modification toute spéciale des surfaces sécrétantes : les kystes se rétractent, diminuent peu à peu de capacité en revenant sur eux-mêmes et en cessant de sécréter du liquide : nous avons déjà vu ce qu'il fallait penser de ce retrait des kystes, mais nous ne pouvons pas, devant les faits révélés par les autopsies, ne pas admettre l'inflammation des parois kystiques avec toutes ses conséquences : suppuration, ulcération, gangrène (3), phénomènes que redoutait Cruveilhier, surtout la suppuration et la gangrène, précisément à cause du peu de vitalité présentée par ces tissus fibreux (4). D'un autre côté, Boinet ne rejette pas d'une manière aussi absolue qu'on pourrait le croire, la propriété que possèdent les kystes de s'enflammer, puisqu'il explique la formation des adhérences par la propagation de l'inflammation de la paroi interne du

(1) *Leç. clin. de l'Hôtel Dieu. Gaz. des hôp.*, 1856, p. 506.
(2) *Mal. des ovaires*, p. 275.
(3) Voir *Terminaisons*.
(4) *Discours de l'Acad. imp. de méd. Bulletin*, 1856,

kyste aux tissus circonvoisins : il l'invoque encore pour la cicatrisation des piqûres faites par le trocart (1).

2. Cet accident, lequel s'observe assez communément d'après S. Lee (2), s'accuse par de la fièvre avec vomissements, de la tympanite, des douleurs abdominales, des syncopes et enfin la mort. — Thomson et Ramsbotham ont vu leurs malades guérir après cet accident (3).

3. Spencer Wells l'attribue à l'introduction de l'air dans la cavité kystique, d'où inflammation et suppuration de sa membrane interne (4) : dans le but de l'éviter, il conseille de faire d'abord une incision à la lancette, puis d'introduire le trocart à syphon de Thompson de Westerham comme un trocart ordinaire et avec les précautions habituelles : nous aurons à revenir sur cet instrument, à propos des procédés d'injections irritantes.

Piorry conseille de placer sur le point qu'on veut ponctionner un cylindre de verre sans fond, qu'on remplit d'eau distillée, puis de plonger le bistouri dans la cavité qu'on doit évacuer : il pourra ainsi y entrer de l'eau, mais non de l'air (5).

Les procédés de la méthode par aspiration que nous décrivons plus loin, ont aussi la prétention d'éviter cet accident pour lequel on pourrait également bien accuser l'irritation produite sur la membrane interne du kyste par le contact prolongé de la canule, et les froissements produits par la compression exercée sur le kyste pendant l'évacuation du liquide.

4. Spencer Wells croit devoir attribuer ses succès à l'emploi de son trocart spécial. Ainsi, il n'accuse que deux morts sur 200 opérations et encore de ces deux, l'une mourut un mois après la ponction et chez l'autre, il y avait complication d'ascite. — La statistique établie par Fock, Kiwisch et Southam, porte au contraire 98 morts après l'opération sur 216 cas (6).

(1) *Loc. cit.*, pp. 368-69.

(2) *Sammlung gekrönter Preisschriften des auslandes.* Berlin, 1847, t. IV. s. 196.

(3) FOCK. *loc. cit.* et *Gazette hebdom.*, 1856, p. 787.

(4) Comme dans le fait rapporté par M. DOWELL in *Dubl. hosp. Gaz.*, 1855, july 1e et celui de SPIEGELBERG. *Ein Beitrag zur Anatom. und Pathologie der Eierstockscysten* in *Monatschr. f. Geburtsk.*, Aug. u. sept. 1859.

(5) Discours de l'Académie impériale de médecine, 28 octobre 1856.

(6) FRÉDÉRIC JOTTRAND. *Journal des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1863, t. II, p. 129.

5. Quoiqu'il en soit, si on observe des symptômes inflammatoires après une ponction, on doit user judicieusement des antiphlogistiques, des frictions mercurielles, des cataplasmes, de la spongiopiline (1) en fomentations. Les Anglais emploient la glace et le calomel avec persévérance et s'en trouvent bien (2).

6. C'est à l'influence de ces accidents d'inflammation qu'il faut attribuer le *ramollissement des parois du kyste* dont Scanzoni fait un grief à la ponction (3).

6. Phlegmon des parois abdominales (4).

Après la ponction la plaie du trocart peut se rouvrir, fournir du pus et décoller la peau voisine dans une plus ou moins grande étendue. — Dolbeau, dans ce cas, conseille d'appliquer des tubes de drainage (5).

7. Fistule.

La paracentèse peut laisser persister une fistule comme le prouvent le huitième cas de Bright (6) et l'observation de Ledran (7).

8. Adhérences.

1. Nous avons déjà vu (complications) que les ponctions étaient accusées de produire des adhérences et par suite de créer des difficultés sérieuses pour des opérations radicales ultérieures. C'est même le motif le plus sérieux qu'invoquent les ovariotomistes pour rejeter toute ponction antérieure à l'extirpation.

2. Cependant si avec Herrera-Vegas (8) nous consultons les statistiques,

(1) West, *loc. cit.*, p. 655.
(2) *Med. chir. monatschr. u. s. w.*, 1860, t. I, p. 219.
(3) *Loc. cit.*, p. 393.
(4) *Compend. de méd.*, t. III, p. 632. Bruxelles.
(5) *Loc. cit.*, p. 132.
(6) *Loc. cit.*
(7) *Mém. de l'Académie royale de chir.*, t. III, 431.
(8) *Loc. cit.*, p. 95.

nous trouvons que sur 125 cas recueillis par Clay où on avait pratiqué la ponction (de 1 à 10 fois), 106 fois la tumeur présentait des adhérences et 19 fois ces adhérences n'existaient pas.

Mais il faudrait prouver qu'il n'existait pas d'adhérences antérieurement à la ponction et que c'est bien à cette opération qu'elles sont dues. Des faits nombreux d'ailleurs prouvent qu'après des ponctions répétées, le kyste n'avait contracté aucune adhérence (1), et si l'on en croit Boinet (2), après la ponction le kyste se retracte et la piqûre du kyste ne correspond plus à celle de l'abdomen, d'où impossibilité de formation d'adhérences par inflammation adhésive.

3. La ponction, quand elle n'est pas suivie d'hémorrhagie interne, de péritonite ou d'autres accidents qui affaiblissent les malades et mettent leur vie en danger, dit Kœberlé (3), n'exercent généralement pas d'influence sur les adhérences. Si la ponction se fait dans un point déjà adhérent à la paroi abdominale ce qui est très-commun, la piqûre ne peut compliquer davantage : si elle se fait sur un point non adhérent, la piqûre de la paroi abdominale et la piqûre de la paroi kystique se cicatrisent séparément parce qu'elles ne sont pas en rapport : rarement l'hémorrhagie qui en résulte est assez forte pour qu'un caillot intermédiaire devienne le point de départ d'adhérences.

9. *Récidives.*

1. Un des reproches les mieux fondés qu'on ait adressés à la ponction simple, c'est de provoquer très-rapidement une nouvelle sécrétion du liquide, de l'activer et par suite de provoquer le développement de cette ***diathèse ovarokysteuse*** si bien décrite par Pidoux.

2. Churchill a retiré 140 pintes du kyste d'une seule malade (4).

Morand en a retiré 420 en dix mois (5).

(1) BOINET. *Rapport sur l'ovariotomie. Soc. de chirurgie.* — NÉLATON a ponctionné 13 fois la même malade et BOINET 3, sans qu'il fut trouvé aucune adhérence.

(2) *Malad. des ovaires*, p. 368.

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1858, observation XLVIII, p. 339.

(4) *Loc. cit.*, p. 603.

(5) *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, 1753, t. II, p. 453.

Coste, le traducteur de Mead, rapporte l'observation d'une femme qui subit 98 ponctions donnant 16 à 18 pintes de sérosité chacune (1).

Une autre malade (2) en trois ans fut ponctionnée 143 fois et fournit 32 pintes à chaque ponction.

Portal parle d'une femme (3) chez laquelle on retira 25 à 28 pintes tous les vingt jours.

Montaulieu retira 18 à 20 livres chaque fois et 19 fois chez une même femme (4).

Walser (5) a retiré 126 livres de sérosité par la ponction.

Pagenstecher (6) en a retiré 1132 livres par 35 ponctions.

Mead (7) rapporte un cas où 1920 livres furent évacuées en cinq ans et demi par 66 ponctions chez une femme de 51 ans.

Ford (8) en a retiré 2649 livres par 49 ponctions.

G. P. Franck (9) en a retiré 2686 pintes en 41 ponctions.

Lecourt de Cantilly (10) a observé une malade qui évacua 2700 livres de liquide en trois ans par 135 ponctions (kyste de l'ovaire droit.)

Lafond (11) en a retiré 2786 pintes en tout chez la même malade.

Martineau (12) en a retiré 6831 pintes en 25 ans, après 80 ponctions : 495 en un an, 95 en sept semaines.

Bezard (13) en a retiré 10275 pintes en quatorze ans, après 665 ponctions : 15 à 20 pintes à chaque ponction.

(1) *Acad. royale de méd.* Séance du 24 juin 1828.

(2) *Journ. de méd.*, t. IV.

(3) Cité par les auteurs du *Compend. de méd.*, t. III, p. 632. Bruxelles.

(4) *Bulletin gén. de thér.* Avril 1833.

(5) *Medic. Correspondenzbl. der Würtembärztl. Vereins*, n° 31. Jüly 1853.

(6) SIEBOLD's *Journ.*, t. VII, cah. 1.

(7) *Monita et Præcepta medica.* Cap. VIII.

(8) In CHURCHILL, *loc. cit.*, p. 603.

(9) In SACCHI et *Bulletin gén. de thér.*, avril 1833.

(10) *Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVII, p. 437.

(11) VELPEAU. *Dict. de méd. de l'Encyclogr. des sciences médicales*, p. 307.

(12) *Phil. Trans.*, 1784, t. LXXIV, p. 471, cité par HUNTER et VELPEAU. *méd. opér.* t. II, p. 293.

(13) BOYER. *Loc. cit.*, pp. 447-448. — BERNARD. *Arch. gén. de méd.*, 1836, t. II, p. 467. VELPEAU. *Méd. opér.*, t. II, p. 293. Bruxelles, 1840, 3e édition. — *Bull. de la Soc. méd. d'ém.*, n° 12, décembre 1862. *Zur Therapie des ovariencysten von* DUMREICHER in *Med. chir. Monatschr. ü. z. w. von.* F. E. FRIEDRICH *u. z. w.*, 1864, I, s. 166, et in *Wiener Medizin. Halle*, n° 50.

3. On peut trouver aussi un enseignement dans ces exemples, c'est que le danger des ponctions n'est pas aussi grand que certains auteurs se plaisent à l'avancer et qu'elles ont pu quasi impunément être pratiquées un nombre considérable de fois sur la même femme sans danger immédiat : pour le dire en passant, il n'est aucune des méthodes que nous passerons bientôt en revue, qui puisse offrir pareille innocuité. Ainsi, outre les faits que nous venons de citer :

Saviard pratiqua 9 fois, Litre 11 fois et Thomson (1) 14 fois la ponction sur la même femme.

Aran (2) rapporte avoir pratiqué la ponction chez une même femme pour la 12e et pour la 14e fois.

Velpeau (3) l'a pratiquée 312 fois sur 98 malades et n'en a perdu que quatre en tout, sur une seule année : il la pratiqua 29 fois sur une femme et 37 fois sur une autre en 3 ans (4).

Grew l'a pratiquée 29 fois sur le même sujet (5).

Laub » 47 fois (6).

Schmucker » 52 fois (7).

Cheselden 57, Mead 65 (8).

Dumreicher rapporte qu'une femme atteinte de kyste de l'ovaire, pour exercer les étudiants en chirurgie qui devaient pratiquer une petite opération sur le vivant pour leur doctorat, se soumit 70 fois à la ponction à raison de 2 gulden par ponction (9).

Hunter a connu une femme qui vécut 56 ans avec un kyste qui fut ponctionné 86 fois (10).

(1) Fock. *Loc. cit.* et *Gaz. hebdom.*, 1856, p. 787.
(2) *loc. cit.*, p. 1075.
(3) *Bulletin de l'Acad.*, 1856.
(4) *Dict. de méd.*, etc., p. 307 et *Méd. opér.*, t. II, p. 295, 1840. Bruxelles, 5e édition.
(5) Velpeau. *Méd. opér. loc. cit.*.
(6) *Ibid.*
(7) *Ibid.*
(8) *Ibid.*
(9) *Wochenbl. des Zeitschr. der kk. gesellsch. der Aerzte in Wien* 1866, s. 306.
(10) *Med. chir. Monatschr. u. z. w.*, 1860, t. I, 249.

Laflige la pratiqua 90 fois chez la même femme (1) et Dyce (2) rapporte l'histoire d'une femme de 28 ans, guérie d'un kyste uniloculaire après avoir subi 92 ponctions, d'avril 1846 à mai 1857 : l'auteur en avait pratiqué lui-même 31. Elles se répartissaient ainsi :

De 1846 à 1850	elle	en avait	subi	54.
» 1851 à 1852	»	»	»	20.
En 1853	»	»	»	8.
» 1854	»	»	»	4.
» 1855	»	»	»	2.
» 1856	»	»	»	3.
» 1857	»	»	»	1.

Callisen ponctionna la même femme 100 fois en 4 ans (3).

Lorey, de Francfort sur le Mein, en a connu une qui fut ponctionnée 100 fois en trente ans (4).

John Latham fit la ponction 155 fois chez une malade (5).

Roloff 187 fois chez une femme qui se la fit à elle-même 62 fois (6).

Michon, 200 fois (7).

Bamberger 253 fois en 8 ans (8) chez une femme de quarante ans et enfin comme nous l'avons déjà vu :

Bezard 665 fois en 14 ans.

Il est facile aussi de constater par ces exemples avec quelle rapidité s'opère la reproduction du liquide après la ponction et, il faut bien le dire, à cause de la ponction. Dans le dixième cas de Stilling (9) la femme avait subi 7 ponctions comme suit :

(1) *Compend. de méd.*, t. III, p. 632. Bruxelles. — DEZEIMERIS in *Expérience*.

(2) *Edinb. med. Journ.*, octob. 1862.

(3) VELPEAU. *Méd. opér.*, *loc. cit.*

(4) *Méd. chir. Monatschr.*, *u. z. w.*, 1860, 1 B^d s. 249. — FOCK, *loc. cit.*

(5) *Compendium cit.*, t. III, p. 632. Bruxelles, et DEZEIMERIS, *loc. cit.* FOCK, *loc. cit.* *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 787.

(6) *Rev. méd.*, 1826, t. II, 148.

(7) *Compendium cit.*, t. III, p. 632. Bruxelles, et DEZEIMERIS, *loc. cit.* FOCK, *loc cit.* *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 787.

(8) *Med. chir. Monatschr. u. z. w.*, *loc. cit.* *Deutsche klin.*, 1850, s. 152.

(9) *Loc. cit.*, p. 175.

Au bout de 7 mois de maladie, 1re ponction.

2e	»	8	semaines après la		1re.
3e	»	8	»	»	2e.
4e	»	7	»	»	3e.
5e	»	6	»	»	4e.
6e	»	5	»	»	5e.
7e	»	25	»	»	6e.

§ 3. RÉSULTATS ET VALEUR DE LA PONCTION. OPINION DES AUTEURS.

1. L'illustre chirurgien de Cassel que nous venons de citer, se fondant sur la rapide reproduction du liquide kystique après son évacuation par la ponction, anathématise cette opération : « Ne la faites jamais, s'écrie-t-il ; la ponction est un crime (1)! » Après chaque opération des adhérences se forment : l'affaiblissement de la constitution, de l'état général, l'augmentation de volume de la tumeur, les difficultés plus grandes pour l'ovariotomie si on devait plus tard la pratiquer; et par conséquent plus de danger pour la patiente, enfin l'inutilité d'une opération qui ne guérit pas, tel est le bilan de reproches accumulés par Stilling contre la paracentèse abdominale.

Il faut bien le dire, il n'est pas seul de son avis :

2. Après la ponction simple, les femmes meurent au moins aussitôt que si elles n'avaient pas été opérées, d'après Sam Sharp (1739), Callisen (1788), Sabatier, A. G. Richter (2).

Berends (3), Marc (4), Hevin (5), Truckmüller (6), Hopfer (7), Martini (8),

(1) *Ibid.*, pp. 160 et 161 (*Die Punction der Cystovarien ist ein Verbrechen!*)

(2) MIRZA ALI NAGHI. *Du diagnostic et du traitement des hydropisies enkyst. des ovaires.* Thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1861, p. 14.

(3) *Vorlesung.* t. V, p. 119.

(4) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. *Ovaire.*

(5) *Rev. méd.*, 1836, mai.

(6) *Journ. de Graëfe*, p. 21, t. IV.

(7) *Ibid*, t. XII, p. 1.

(8) *Rust's magaz.*, t. III, p. 27.

Delpech (1), Denman (2) Burns (3) se sont montrés ses adversaires convaincus, et dans la discussion soulevée en 1844 à la Société de médecine de Paris, Prus, Requin, Briquet repoussaient la ponction et ne l'admettaient qu'en cas d'urgence absolue, comme l'avait déjà fait Boyer. Fock, par sa statistique, a trouvé que sur 132 malades, une seule fois la ponction simple amena l'amélioration ou même presque la guérison : pour les autres, l'opération paraissait aggraver leur état, 71 moururent dans le courant de la première année et 25 d'entr'elles des suites directes ou indirectes de l'opération (4).

3. Parmi les ovariotomistes modernes, presque tous répugnent à cette opération palliative. Kœberlé (5) n'admet son intervention que lorsqu'il y a nécessité absolue et que l'on est décidé à entreprendre l'ovariotomie : les ponctions successives, dit-il, en permettant de temporiser un peu avant d'entreprendre l'extirpation, en même temps que la tumeur s'aggrave, épuisent la malade et la rendent moins propre à résister au schock, à l'hémorrhagie, à la péritonite, à la suppuration. Elles peuvent être suivies de mort et donner en définitive une mortalité beaucoup plus forte que l'ovariotomie pratiquée dans les cas où elle est indiquée, et ne donnent de guérisons définitives que dans des cas peu nombreux, exceptionnels. — Si le liquide est brunâtre, hématique, on expose gravement et très-inutilement les malades, dit-il ailleurs (6) : elles deviennent inopérables et souvent meurent misérablement après la première ponction : la disposition à l'hémorrhagie des vaisseaux du kyste et leur état variqueux sont consécutifs à la torsion du pédicule. Ch. Clay, de Manchester, la considère comme inutile, dangereuse, et ne pouvant entraîner que des inconvénients (7).

Ed. Martin (8), en se fondant sur les mêmes raisons, et sur cette

(1) *Clin. chir. de Montpellier*, t. II.

(2) *Introd.*, t. I, p. 422.

(3) *Loc. cit.*, et in Boivin et Dugès, p. 235.

(4) *Ueber die operat. Behandl. d. Ovariencyst insbesonder über den Nutzen der Jodinject. zur Radicalheil., des hydropsovar. — Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr. Heft* 5, *u.* 6, 1856.

(5) *De l'ovariot.*, obs. II, et in *Gaz. des hôp.*, 1868, p. 339., observation XLVIII.

(6) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 187, observation XXXIX.

(7) Voir Kumar *Wochenblatt der Zeitschr der k. k. Gesellsch. in Wien*, 1866, VI Band, s. 185.

(8) *Loc. cit.*, p. 39.

circonstance que des loges voisines se développent rapidement après la ponction de la plus importante et exigent bientôt l'emploi du même moyen, rejette la ponction qui, cependant, comme nous l'avons vu, lui a donné un succès, et ne la réserve que pour les cas d'indication pressante, ou d'influence funeste exercée sur la santé générale par la tumeur.

Krassowski (1) regarde les ponctions comme aussi dangereuses que l'ovariotomie, et n'offrant comme avantage que de procurer un soulagement temporaire. Voyons néanmoins sur quelles bases le chirurgien russe établit une aussi catégorique affirmation :

De 1858 à 1863, dit-il (2), il a eu en traitement 43 kystes de l'ovaire sur lesquels il en compte 32 colloïdes ou multiloculaires et 11 séreux uniloculaires.

Des 32 colloïdes il en traita 20 par la ponction simple abdominale ou vaginale : 4 subirent 2 ponctions, 1 en subit 3 et l'autre 4.

Il y eut récidive après un temps plus ou moins long, 3 furent atteintes de péritonite immédiatement après l'opération : toutes moururent d'épuisement et de suppuration. Il y a peu de compte à tenir de ces résultats, car, comme nous le verrons plus loin, on doit regarder ces sortes de kystes comme formellement contre-indiqués pour la ponction.

Sur les 11 kystes séreux uniloculaires, 6 furent traités par la ponction simple.

1 fois il y eut hémorrhagie après la ponction (vaginale) : tamponnement : guérison pendant six mois.

1 fois il y eut récidive après 2 ponctions : l'ovariotomie fut pratiquée.

2 fois il y eut péritonite aiguë mortelle.

2 fois il y eut péritonite chronique avec épuisement et mort.

Voici au reste une statistique des plus concluantes, et faite par un des ovariotomistes les plus consciencieux et les plus autorisés, pour établir l'influence de la ponction sur l'ovariotomie.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 735.
(2) *De l'ovariot.*, pp. 1, 2, 3.

Spencer Wells (1) a réuni en un tableau tous ses cas d'ovariotomie où la ponction n'avait jamais été faite et ceux où elle avait été employée de 1 à 16 fois. — La mortalité générale pour ses 300 cas a été de 28,33 pour 100.

Près de la moitié des malades, c'est-à-dire 135, n'avaient jamais été ponctionnées : pour celles-ci la mortalité fut de 27,40 pour 100, pas tout à fait 1 pour 100 de moins que la mortalité moyenne.

Plus du quart des malades, ou 78, avaient été ponctionnées 1 fois : la mortalité pour elles fut de 25,64 pour 100.

19 avaient été ponctionnées 3 fois et la mortalité fut de 26,32 pour 100.

36 avaient été ponctionnées 2 fois ; la mortalité fut exactement la même que pour la série de cas où la ponction avait été répétée de 4 à 16 fois, savoir 33,33 pour 100.

L'auteur établit par ces faits et d'autres considérations discutées dans son mémoire :

1° Qu'une ou plusieurs ponctions n'augmentent pas considérablement la mortalité de l'ovariotomie ;

2° Que la ponction peut souvent être un prélude utile à l'ovariotomie, soit en donnant du temps pour améliorer la santé générale, soit en diminuant les chances du shock, lorsque le liquide a été enlevé quelques jours ou quelques heures avant l'ablation de la partie plus solide de la tumeur ;

3° Que l'emploi de son siphon-trocart réduit le danger de la ponction à très-peu de chose.

Southam (2) de son côté a pratiqué l'ovariotomie 7 fois : 5 malades avaient été ponctionnées 1 fois ; la sixième 12 fois et l'autre 3 fois : il n'eut à regretter qu'une mort et chez une malade qui n'avait subi qu'une fois la ponction.

(1) Communication à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, 27 avril 1869. *The med. T.*, 1869.

(2) *Lyon médical. — Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, 1870.

4. La ponction n'est admise par Gendrin (1) que dans les cas d'absolue nécessité, mais Pidoux n'en veut à aucun prix (2) parce qu'elle favorise trop puissamment la reproduction du liquide et principalement l'entraînement cachectique. « A la dernière extrémité ne faites rien, dit-il, car les derniers moments de la malade n'appartiennent pas aux médecins. » Lorsque le kyste a atteint un tel volume qu'il y a urgence d'aviser, mais que la cachexie n'est pas encore prononcée, il rejette encore la ponction palliative qui ne peut que hâter la terminaison fatale, pour recourir à des moyens plus radicaux.

5. Voyons maintenant les éléments que peut nous fournir la statistique pour résoudre la question.

(1) *Gazette des hôpitaux*, n° 44, 1840.
(2) *Note sur les kystes de l'ovaire et leur traitement.* — *Union médicale*, 1856, pp. 519, 533.

STATISTICIENS.	Nombre de cas.	NOMBRE DE MORTS																	AMÉLIORATION.	GUÉRISON.	RÉCIDIVE.
									Avant la fin de la						Après la ponction					
		Dans les 24 heures.	Après quelques jours.	Dans le premier mois.	Dans les six premiers mois.	Dans les neuf premiers mois.	Dans les dix-huit premiers mois.	Avant la première année.	Deuxième année.	Troisième année.	Sixième année.	Huitième année.	Quinzième année.	D'autres maladies.	Première.	Deuxième.	Troisième et sixième.			
SOUTHAM. — *Lond. med. Gaz.*, nov. 24 *th*, 1843. — *J. d. c. m. c.* Juin 1844.	21 (1)	4	—	3	—	8	—	2	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
SAFFORD LEE. — *Loc. cit.*, 1847, pp. 202, 213.	46	3	6	6	—	—	12	—	5	2	1	1	1	—	—	—	—	7	2	—
KIWISCH. — 1856, *Op. cit.* vol. II, p. 115 et trad. de J. Clay, p. 156.	64	9	—	8	—	—	11	—	14	9	—	6	—	3	10	6	15	3	1	—
Résultats de ces trois statistiques.	131	16	6	17	—	8	23	2	19	11	1	11	1	3	10	6	15	10	3	—
WEST. — *On diseases of Wom. part.*, t. II, p. 134	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
SPENCER WELLS. — JOTTRAND in *Journal de médecine, de chir. et de pharm. de Bruxelles*, 1863, 2, p. 129.	200	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
KRASSOWSKI. — *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 735.	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	—	—	—	—	—	—	—	—	7
BARTH. — *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1856, 18 novembre	25 à 30	1 (2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24 à 29
VELPEAU. — *Ibid.*, 25 novembre	200	—	4 (3)	—	—	—	—	—	—	—	Toutes ont vécu 4, 5, 6, 10 et quelques-unes 14 ans.			—	—	—	—	—	—	—

(1) Tirés de sa pratique et de celle de Bright et de Barlow.
(2) Elle se trouvait dans une position désespérée.
(3) Kystes très-graves, très-complexes.

Nous voyons d'après les relevés de Southam, Kiwisch et Lee, que 16 moururent après quelques heures et 6 après quelques jours ; en définitive que 22 malades sur 131 peuvent accuser la ponction comme cause directe de la mort : faisons néanmoins cette réserve, qu'il eut fallu pouvoir renseigner l'état général dans lequel se trouvaient les opérées au moment de l'intervention chirurgicale, avant de mettre la ponction seule en cause.

D'un autre côté il n'est que juste de relever également ce qui peut être favorable à la ponction, en signalant les cas de guérison qu'elle a pu procurer. Dans les statistiques que nous venons de citer :

Sur 131 cas de ponction il y a eu 10 améliorations et 3 guérisons radicales : c'est là, somme toute, un résultat qui parle en faveur d'une opération regardée comme palliative.

6. Scanzoni, quoique peu partisan de la paracentèse abdominale qu'il accuse d'être très dangereuse, de devoir être répétée fréquemment, de produire un soulagement toujours moindre et un danger toujours proportionnellement plus grand, avoue néanmoins lui devoir deux guérisons radicales.

Dans les 400 ponctions de Wells et Velpeau, 6 seulement meurent après l'opération et encore Velpeau prend-il des réserves : nous verrons plus tard qu'il est des contre-indications qu'il faut savoir respecter. La statistique dressée par Barbosa de Lisbonne (1) est moins rassurante : d'après cet auteur en effet, un quart des malades meurt des conséquences de l'opération ; le deuxième quart meurt en moins d'une année et les autres ne vivent pas au-delà de 2 à 3 ans.

Il ne serait pas rare, selon Velpeau encore (2), de rencontrer des femmes où la première ponction a été pratiquée 10, 15 et 20 ans auparavant.

Moreau a pratiqué la ponction 28 à 29 fois sur la même femme sans résultat fâcheux : il a vu une femme qui l'avait subie 110 fois et observé une guérison radicale chez une autre (3).

(1) *Nota sobre a ovariotomie*. Lisboa, 1866.
(2) In Aran, *loc. cit.*, p. 1073.
(3) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine de Paris*, 1856. t. XXII.

Portal, au dire de Boivin et Dugès (1), Petit-Radel, Ledran, Monro (2), Adolphe Dumas de Cette (3), Preuss (4), Steinthal (5), Jules Lalesque (6), le docteur Calvy de Toulon (7), Tardieu (8), ont obtenu des guérisons par la ponction simple. — Boyer (9) a vu un kyste de 11 ans disparaître après une seule ponction, Pitha, par deux ponctions a guéri un kyste renfermant 30 litres de sérosité (10), Claudot, de Neufchâteau (11), en une seule ponction une tumeur ovarique contenant 31 1/2 kilogrammes de sérosité, Pleischl (12), dans la clinique d'Oppolzer, a vu une femme qui, traitée un an auparavant pour un kyste ovarique simple (32 livres de sérosité), ne présentait plus la moindre trace de tumeur. Cazeaux en cite deux autres cas (13), Dolbeau deux (14) ; Robert en a observé un à Beaujon (15) et Barth a vu une amélioration sensible suivre une simple ponction de nécessité dans un cas désespéré par les circonstances qui l'accompagnaient (16). Spencer Wells (17) et Cooke (18) rapportent chacun un fait de guérison radicale par le même moyen et chez des femmes qui eurent deux grossesses heureuses après. Une malade de Langenbeck a guéri après une péritonite intense (19). W. Robbs et Cazeaux ont chacun vu guérir une

(1) *Loc. cit.*, p. 237, et PORTAL, *Cours d'anat. méd.*, t. V.
(2) In CHURCHILL, *loc. cit.*, p, 616.
(3) *Doc. pour servir a la disc. des kystes de l'ovaire. Gazette méd. de Paris* 1856, p. 697.
(4) *Deutsche klin.*, n° 48, 1858.
(5) *Monatschr. für Geburtsk.*, nov. 1859.
(6) *Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier n° 1, 1857.
(7) *Union méd.*, 1858, septembre. — *Bullet. gén. de thér.* 1859, t. LVI, p. 107.
(8) A Lariboisière en juin 1861. d'après MAUNOIR, *loc. cit.*, p. 37.
(9) *Loc. cit.*, p. 451, t. IV. Bruxelles, 18[illegible]8.
(10) FOCK, *loc. cit.* — KIWISCH, trad. de J. CLAY, p. 150.
(11) *Union méd.*, 1856, n° 41.
(12) *Wien Wochenbl.*, n° 32, 1857. On pourrait néanmoins se demander si, dans ces faits, il ne s'agissait pas d'une simple ascite : ce ne serait pas la première erreur de diagnostic de ce genre.
(13) Thèse citée, pp. 157-164. Ces cas appartiennent à DUVERNEY le jeune, et au professeur P. DUBOIS dont la malade fut soignée par DHÉRÉ qui rapporte l'observation.
(14) *Loc. cit.*
(15) *Bulletin de l'Académie impériale de Paris*, 1856.
(16) Société de médecine des hôpitaux de Paris, 1856, 25 octobre.
(17) *Med. T. and Gaz.*, 1862, n° 614, 5 apr. *Med. chir. monatschr.* etc., 1862, p. 174.
(18) *Med. T. and Gaz.*, apr., 5, 1862.
(19) FOCK, *loc. cit.*

malade ponctionnée, et après une couche pénible qui avait enflammé le péritoine (1).

Il ne faut donc pas s'étonner que si la ponction a eu des adversaires acharnés, elle a compté aussi de zélés partisans. Parmi les anciens pathologistes, Neumann s'était spécialement constitué son défenseur (2), puis nous citerons encore : Hedenus (3), Lœfer (4), Siedler (5), Mende (6), Seibert (7), Krüger Hansen (8), etc. Bauchet (9), en s'appuyant sur les chiffres et l'opinion de W. Atlee (10), pense que cette opération prolonge la vie au lieu de l'abréger.

Southam, de Manchester (11), dont nous avons utilisé la statistique, trouve qu'on ne doit pas négliger la ponction comme moyen curatif ou palliatif.

En 1843 il ponctionna un gros kyste ovarique qui, en deux ans, devint suffisamment distendu pour exiger une nouvelle ponction après laquelle la tumeur demeura dix-neuf ans sans accuser de gêne et aujourd'hui, dit-il (1864), elle commence seulement à s'accroître, mais si lentement néanmoins, que la troisième ponction n'est pas encore devenue nécessaire.

Dans un autre cas, cinq ans après la ponction, le kyste n'avait pas encore commencé à se remplir.

Dans un troisième fait enfin, les suites heureuses de la ponction s'étaient maintenues jusqu'ici, c'est-à-dire pendant deux ans.

D'un autre côté, Southam attribue à la ponction les avantages suivants :

1° Elle émousse la sensibilité du péritoine et évite ainsi plus tard à l'ovariotomiste la perte de l'opérée par péritonite, même lorsqu'il s'agit des kystes les plus simples.

(1) *Ibid.* — KIWISCH (trad. J. CLAY. p. 150, note) a pu, dans 3 cas, amener une guérison assez durable par la ponction abdominale.

(2) *Spec. ther.* 41, § 178, p. 733. *Lond. med. Rep.*, apr. 1813.

(3) *Hufeland's Journ.*, juillet 1814.

(4) *Ibid.* 1824.

(5) *Rust's Magaz.*, t. II, p. 2.

(6) *Krankh. d. Weibl.*, t. II, p. 221.

(7) *OEst. med. Jahrb.*, t. II. p. 2.

(8) *Graëfe's Journ.*, t. III, p. 3.

(9) MIRZA ALI NAGHI. Thèse citée, p. 15.

(10) *The amer. J. of med. sc.*, vol. XIX, nouv. série, avl. 1850, p. 334.

(11) *Lancet*, 30 octob. 1869.

2° Chez les malades épuisées par la durée et le développement du mal, elle donne le temps de réparer les forces et procure de meilleures conditions pour la diminution de la tumeur.

§ 4. INDICATIONS.

1. La ponction simple, palliative, a ses indications, qu'on ne l'oublie pas et il ne faut pas s'en écarter sous peine d'avoir des mécomptes.

2. Demours (1) la conseillait parce qu'il croyait qu'en vidant la tumeur peu à peu, on pouvait enflammer insensiblement ses parois et arriver à son oblitération.

Th. S. Lee, recommandait cette ponction le plus tôt possible, dès que le diagnostic était fait, et lorsque les femmes étaient encore jeunes et vigoureuses (2).

Dubreuil (3) ne l'admettait que comme remède palliatif, quand la suffocation est imminente ou que des accidents dus à la compression viscérale se manifestent. Lorsque la fluctuation est obscure, il conseillait de se servir du trocart explorateur pour éviter les dangers d'une erreur de diagnostic.

Franck ne ponctionnait également que dans ces conditions : « *Non aliud quam paucorum dierum solatium.* »

Moreau rejetait toute opération sauf la ponction, à titre de palliatif, quand le danger était imminent (4). Nous avons vu Kœberlé, Martin, Gendrin exprimer le même avis.

Il y a plus d'un siècle, William Hunter était porté à croire que l'hydropisie enkystée de l'ovaire était une affection incurable et que le trocart est le seul palliatif (5). P. Camper, Morgagni, Boyer, etc., pensaient de même il y a quelques années (6).

Dolbeau, comme Dubreuil, ne regarde la ponction comme indiquée que

(1) Cité par JOBERT. *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu. Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 306.
(2) *Loc. cit.*, p. 199.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Bulletin de l'Acad. imp. de Paris*, 1856, t. XXII.
(5) *Med. obs. and Inquir.* t. II, p. 56.
(6) In BOINET. *Mal. des ovaires*, p. 220.

lorsque le développement du kyste est énorme et qu'il y a gêne de la respiration (1).

3. Entre ces deux opinions, l'une, celle de Demours, voulant la ponction comme moyen radical, et l'autre ne la regardant que comme une ressource extrême, il y a un abîme.

Il est une distinction importante à établir tout d'abord, c'est celle de la nature du kyste, et si on a quelque chose à espérer de la ponction abdominale, c'est lorsqu'on en use pour les kystes uniloculaires séreux, à une époque où, comme le dit Trousseau (2), le kyste est encore rétractile, ou aussi lorsqu'il y a nécessité de procurer du soulagement à la malade, sous péril de suffocation, de mort imminente. Dans ce dernier cas, on pratique la ponction dite de *nécessité*. Dans le premier cas, au contraire, la ponction est faite à titre de palliatif et comme moyen explorateur tout à la fois: on est en présence d'un kyste dont le développement menaçant exige qu'on prenne un parti : la santé de la femme est encore vigoureuse, son âge peu avancé ; il n'y a pas encore eu de ponction faite (3), on a quelque chance de pouvoir compter sur la rétractilité du kyste et la guérison qu'on obtient de cette façon est toujours obtenue avec infiniment moins de danger que par tout autre moyen chirurgical ; on pratique donc une ponction qui éclaire vivement le diagnostic sur la nature de la tumeur, par le contenu évacué, la palpation soigneuse du ventre faite après l'opération et qui permet de constater la présence de nouvelles poches, l'épaisseur des parois du kyste (4), sa rétractilité, ses adhérences d'après son retrait ou son nouveau développement ascensionnel, en même temps qu'on reconnaît mieux son origine par le côté où s'opère ce nouveau développement. Attendre en principe qu'il y ait nécessité pour pratiquer la ponction, ce serait, comme le dit Pidoux (5), attendre la mort, car on laisserait à l'affec-

(1) *Loc. cit.*, p. 136.
(2) Disc. (Académie impériale de médecine, 21 octobre 1856.
(3) Voir Dolbeau, *loc. cit.*, p. 136.
(4) Lorsque ces parois sont épaisses, il y a résistance uniforme, cédant difficilement. (Dolbeau, *loc. cit.*, p. 146.)
(5) *Note*, etc., *loc. cit.*

tion le temps d'apporter des troubles profonds dans les fonctions, d'établir l'état cachectique spécial à ces malades.

Mais ici encore, s'il nous était permis d'émettre une opinion, nous recommanderions, comme Dubreuil, de recourir d'abord à une ponction exploratrice qui aurait l'avantage de ne pas être nuisible s'il y avait erreur de diagnostic, et qui permettrait, malgré quelques longueurs, une évacuation complète de la poche. On serait alors fixé sur la conduite à suivre, soit pour des ponctions ultérieures, soit pour des moyens plus radicaux; c'est ainsi, par exemple, comme le dit Courty (1), que si le kyste uniloculaire séreux opérable par la ponction simple se reproduit après celle-ci et sans accidents nouveaux, il faut recourir aux injections iodées.

4. Cruveilhier (2) déclare contre-indiqués pour la ponction, les kystes multiloculaires à poches communiquantes ou à poches non communiquantes, mais avec prédominance de l'une des poches. Les uniloculaires seuls sont susceptibles d'être traités par la ponction palliative, qu'il recommande néanmoins d'ajourner le plus possible. C'est bien là aussi l'opinion de S. Wells (3), qui ne veut de traitement chirurgical que lorsque l'état général et les fonctions commencent à se montrer compromis, qu'un traitement interne longtemps continué s'est montré insuffisant : « En pareille position, dit-il, la durée moyenne de la vie ne va pas au delà de deux ans: c'est le moment d'agir : la ponction est inutile dans les kystes multiloculaires, il faut la réserver pour les uniloculaires ou biloculaires séreux. »

5. D'après Baker Brown, en règle générale, plus le liquide sécrété est dense, moins il y a de chances de guérison. Souvent une première ponction modifie les caractères du liquide sécrété par la membrane interne du kyste; s'il n'y a pas de changement de couleur, il y a souvent différence dans la consistance. De la première à la deuxième ponction, le liquide, de clair, devient souvent opaque et même mucilagineux; il devient couleur café au lait ou bien semblable à de l'eau d'orge, ou floconneux; une substance gélatiniforme ou encéphaloïde peut se trouver mêlée à chacune de

(1) *Malad. de l'uterus*, p. 936 et suiv. — ROCHARD. *Dict de méd. et de chir. prat.*, t. XI, p. 698.
(2) Disc. academ., 4 novembre 1856.
(3) JOTTRAND, *loc. cit.* 1853, t. II, p. 129.

ces sécrétions. Le kyste, enfin, peut se trouver rempli de sang par la lésion d'un vaisseau ou la trop grande vascularité des enveloppes. L'altération du contenu est plus fréquente et plus grave que dans les kystes simples ; c'est donc à ceux-ci qu'il faut réserver la ponction (1).

6. Scanzoni (2) admet également que la ponction ne peut guérir et exceptionnellement, que les kystes simples, car, pour les autres, les nombreux vaisseaux de leurs parois sécrètent rapidement, ou bien encore les kystes voisins rudimentaires échappent à la compression du plus considérable qu'on vient de vider et se développent rapidement à leur tour. Il réserve donc la ponction aux kystes simples d'un volume considérable, incommodant beaucoup la malade et la mettant en danger par la compression d'organes importants : poumons, intestins, vessie, estomac, rectum, et lorsqu'on ne peut pratiquer la ponction vaginale à laquelle le gynécologiste allemand accorde la préférence.

§ 5. CONTRE-INDICATIONS.

1. Il faut rejeter la ponction comme moyen d'intervention habituelle quand il y a nécessité de la répéter souvent, c'est-à-dire que la première ponction pratiquée, comme nous l'avons dit, au moment où l'intervention chirurgicale est devenue nécessaire, n'a produit aucun résultat autre que le soulagement temporaire de la malade, n'a été que palliative, en un mot, et que le kyste, quoique simple, se remplit rapidement en augmentant de volume : en ce moment on est fixé sur ce qu'il pouvait rester d'obscur dans le diagnostic, il faut penser à des moyens ou méthodes plus radicaux. La ponction simple, souvent répétée, tue lentement, mais sûrement, d'après Kiwisch (3). Il n'est pas de femme atteinte dès sa jeunesse d'un kyste ayant nécessité des ponctions fréquentes dès le début, qui ait vécu jusqu'à un âge avancé (4). Les cas où, comme le voulait Giraldès (5). la ponction simple

(1) *De l'hydrop.*, etc., chap. 1er.
(2) *Loc. cit.*, p. 390.
(3) J. Worms, *loc. cit.*, 2e indication.
(4) *Ibid.*, 3e indication.
(5) Société de chirurgie, 22 octobre 1862 — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 76[illegible].

peut n'être nécessaire que tous les six mois, tous les ans, tous les deux ans et même tous les douze ou quinze ans, sont rares, qu'on ne le perde pas de vue.

2. Il y a contre-indication quand le liquide est trouvé épais, filant, purulent, ou lorsque, de séreux qu'il était à une première ponction, il devient onctueux, huileux.

3. La ponction est formellement contre-indiquée lorsqu'on a affaire à un kyste multiloculaire, dont elle ne fait qu'aggraver le développement sans utilité aucune pour la malade, surtout lorsqu'il y a kystes nombreux et réunis en masse; l'ovariotomie seule constitue la ressource de la patiente en pareil cas.

4. Si le kyste est compliqué de tumeurs solides, Piorry recommande d'y pratiquer de temps en temps une petite ponction; nous ne sommes pas de cet avis : pour nous, la ponction est surtout un moyen explorateur susceptible de guérir en certains cas exceptionnels dont on n'a qu'à se louer, mais qui ne peut servir que de préambule à des procédés plus sérieux, plus radicaux.

5. Quant au conseil donné également par Piorry (1) lorsqu'on a affaire à un kyste très-gros de n'évacuer par la ponction qu'une partie du liquide pour recommencer plus tard, méthode que nous verrons par la suite avoir été érigée en principe par Demarquay, nous ne pouvons que la rejeter d'une manière absolue comme ne procurant pas suffisamment d'avantages pour les dangers auxquels elle expose, et spécialement la péritonite (2).

6. Si la tumeur dépasse le volume d'une tête d'homme, dit Scanzoni (3), l'opération devient inutile et même nuisible :

1° Parce que le kyste se remplit rapidement;

2° Les masses de liquide évacuées affaiblissent la femme par la déperdition de matière protéïque qu'elles renferment.

7. Si la rupture est imminente, il vaut mieux s'abstenir que de rendre

(1) Disc. Piorry, in Acad. de méd. de Paris, 1856.
(2) Bright, *loc. cit.*, cas 6e, 12e, 14e, 15e et 17e.
(3) *Loc.*, p. 390.

la catastrophe inévitable par le ramollissement inflammatoire des parois du kyste. Du reste, ajoute Scanzoni, il n'est pas de symptômes qui indiquent l'imminence du danger, quoi qu'en disent certains auteurs.

ARTICLE DEUXIÈME. — DE LA PONCTION VAGINALE.

1. *Historique.* — Elle remonte à Callisen, qui l'exécuta le premier en 1775 : « *Sic quoque cautam punctionem per tumorem eminentem et fluctuantem in vagina uteri cum successu institui* (1). » Il guérit sa malade.

En 1788, Mercandi, de Turin (2), présenta à l'Académie de chirurgie trois cas de paracentèse vaginale et un cas de ponction rectale ; dans cette même séance, Allan rappela qu'en 1767 il avait présenté un mémoire où il proposait cette opération. Nous ne comprenons donc guère comment Nœggerath puisse prétendre que la discussion du travail de Mercandi a précédé l'opération de Callisen (3).

Vermandois l'aurait vu faire en 1803 (4).

Delpech (5) rapporte un cas d'Ant. Dubois qui a amené la guérison.

Velpeau la conseillait en 1831 (6), Carus la rejetait (7), Pelletan (8), puis P. Dubois (9), Robert (10) et Dupuytren (11) la signalent.

En 1839, Michon (12) ponctionne une première fois par le vagin, le canal s'obstrue ; à une seconde ponction, il pénètre dans le péritoine et la femme meurt.

(1) *Systema chirurgiæ hodiernæ*, t. II, p. 59, 1re édit., 1775. — BOINET. *Malad. des ovaires*, p. 228. — BOURDON HIPP., *loc. cit.* — TAVIGNOT in *Expérience*, n° 160.

(2) In SABATIER. *Méd. opérat.*, t. II, p. 210.

(3) *Giornale della R. Accadem. di med. di Torino*, 1869, 15 novembre, n° 21, p. 575.

(4) BOINET, *loc. cit.*, p. 228. — Thèse de Cazeaux.

(5) *Journ. gén. de méd.*, 1813.

(6) *Méd. opérat.*, t. II, 1re édit. *Dict. encyclop. des sciences méd.*, p. 507.

(7) *Gynækolog.* lib. I, § 550.

(8) *Gaz. méd.*, 1835, p. 544.

(9) *Rev. méd.*, 1838, p. 42. Mém. CAMUS.

(10) *Ibid.*

(11) *Leçons orales*, t. III, p. 551, édit. 1839.

(12) TAVIGNOT, 4e obs. — VELPEAU. *Dict.*, etc., p. 507.

Dans le cas d'Arnott (1), il y avait complication d'une tumeur solide de l'ovaire ; la ponction opérée par le vagin ne donna naissance à aucun liquide, mais détermina de l'inflammation, suivie de la suppuration du kyste et de son détachement de la tumeur : la malade guérit. Pour combattre les symptômes inflammatoires graves qui se développèrent après la ponction, le chirurgien de l'hôpital de Middlesex s'avisa de porter sur le col utérin une pilule de 3 grains d'opium et de 1 grain d'acétate de morphine qu'il laissa à demeure.

Neumann pratiqua cette ponction dans un accouchement à terme entravé par la présence du kyste (2).

En 1840, Récamier l'emploie et imagine divers instruments pour la faciliter (3).

Nonat (4) ne parvint pas à guérir sa malade par cette méthode : le mal se reproduisit parce qu'il ne laissa pas longtemps assez la canule à demeure.

Dans un cas où un énorme abcès de l'ovaire avait fusé dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale et où la mort était imminente, le docteur Bourgeois, d'Étampes, guérit sa malade par l'ouverture faite au moyen d'un bistouri droit très-pointu porté sur l'index gauche à travers les parois du vagin (5).

On retrouve encore cette opération indiquée ou essayée par Andrée (6), Alph. Leroy (7), Lever (8), Merriman (9), Roux (10), Monod (11), Laugier (12),

(1) *Lond. med. Gaz.*, mai, 1839. — *Arch. gén. de méd.*, t. V, p. 487, 1839. — *Gaz. méd.*, 1839, t. VII, p. 421.

(2) *Traité de pathol. méd. et de thérap.*, t. II, p. 72.

(3) H. Bourdon, *loc. cit.*, obs. 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12 et 13.

(4) Tavignot, 2e obs., *loc. cit.*

(5) *Bulletin gén. de thérap.*, septembre 1841. *Enc. des sc. méd.*, 4e série, 1841, t. VIII, p. 62.

(6) Observation communiquée par Ran. *Gem. Zeit. für Geburtsk.*, vol. IV, cahier 9.

(7) *Mém de* Baudelocque, p. 471.

(8) *Med. chir. Trans.*, vol. X.

(9) *Clin. des hôp.*, t. II, p. 46.

(10) *Ibid.*

(11) Obs. 13 in H. Bourdon. *Encyclog des sc. méd.*, 1841, 4e série, t. VIII, p. 282.

(12) *Dict. de méd.*, t. V, p. 68.

Migaud (1), Mozzère et Duparcque (2), Schwabe (3), Ogden (4), Stolz (5), Cazeaux (6), Nœtig, Joach. Henckel (7), Watson, Bishop (8), Briquet, Huguier (9), etc., et dans tous les gynécologistes modernes.

2. *Indications.* — Ce sont les mêmes que pour la ponction en général, seulement on se décidera de préférence pour la ponction vaginale :

1° Lorsque le kyste, retenu dans le bassin par des adhérences nombreuses, comprime d'une manière insupportable le rectum et la vessie (10);

2° Lorsqu'on a pu s'assurer, à la percussion, que la fluctuation est très-évidente et démontre, par conséquent, le peu d'épaisseur des parois de la poche ;

3° Lorsque celle-ci bombera dans le cul-de-sac recto-vaginal (11) ou lorsqu'il y a kyste des trompes pointant du côté de ce canal.

3. *Contre-indications.* — On doit rejeter la ponction vaginale lorsque les conditions ci plus haut indiquées, mais surtout les deux dernières, ne se trouvent pas réunies ; par conséquent quand le kyste n'est pas simple, car différemment, comme le fait remarquer Tavignot (12), on rencontre pour ainsi dire constamment certaines parties solides de la tumeur situées à la base de celle-ci, puis du prolapsus utérin, certains corps fibreux, etc., toutes circonstances qui rendent la ponction vaginale difficile ou parfois impossible ; car, dans ce cas, la partie liquide de la tumeur en occupe pour ainsi dire toujours la partie supérieure.

(1) *Dict. des études médicales prat.*, art. *Abdom.*

(2) Deux observat. in Duparque, t. II, p. 15.

(3) *Hufeland's Journ.*, n° 12, 1841. *Schmidt's Jahrbüch*, t. XXXVIII, p. 65, 1843.

(4) *Lond. med. Gaz.*, t. XXVI, p. 518, 1840. janv. — *Schmidt's J.*, t. XXXVIII, p. 66, 1843. *Gaz. des hôp*, 1849, t. II, p. 452. — *Rec. méd.*, 1840. — *Enc. des sc. méd.*, 4e série, t. III, n° 2, p. 304.

(5) In Hirtz. Thèse inaugurale.

(6) Thèse citée, p. 175 et suivantes.

(7) Il fut le premier qui proposa (dans le siècle dernier) la ponction vaginale avec la sonde à demeure. La malade succomba quatre jours après. — Fock, *loc. cit. Gaz. hebd.*, 1856, p. 787.

(8) Cités par Velpeau. *Med. operat.*, 3e édit., t. II. p. 291. Bruxelles, 1840.

(9) Boinet. *Mal. des ovaires*, p. 228. Société de chir., 20 janvier 1862.

(10) Spencer-Wells. Jottrand, *loc. cit.*

(11) Baker-Brown in Labalbary, *loc. cit.*, p. 50.

(12) *Expérience*, n° 160, 1840.

4. *Avantages.* — C'est l'opération la plus favorable pour produire la cure radicale, parce que le kyste se vide complètement, qu'on peut mieux, par suite de la situation déclive de l'ouverture, maintenir un écoulement continuel et arriver plus facilement ainsi, à l'aide de la rétraction des parois du kyste, à l'adhésion de ses parois et à son oblitération définitive.

Elle permet de recourir aux injections iodées et aux divers procédés de cure radicale qui précèdent la ponction abdominale.

En somme, les résultats sont plus sûrs, plus faciles à obtenir, plus favorables, et l'opération n'offre pas plus de dangers que la ponction abdominale, lorsque, bien entendu, on la pratique avec les indications voulues; c'est ce que paraît avoir oublié Cruveilhier lorsqu'il déclare ne reconnaître aucun avantage à la ponction vaginale sur la ponction abdominale (1). C'est au reste une des conclusions auxquelles on est arrivé par la discussion de l'Académie de Paris, en 1856, que l'on doit pratiquer la ponction par le vagin lorsque c'est possible. Même pour les kystes simples, dit Scanzoni (2), on ne peut, par la ponction abdominale, faire l'ouverture assez bas pour permettre au kyste de se vider complètement et par suite de revenir sur lui-même et d'adhérer par ses parois; quand la tumeur descend assez bas pour être perceptible par le vagin, Scanzoni donne la préférence à la ponction vaginale.

5. *Dangers.* — 1° Introduction de l'air, d'où inflammation des parois du kyste ou de son enveloppe péritonéale : fièvre, douleurs extraordinaires dans le voisinage de la tumeur, le liquide devient purulent, sanieux, fétide. Dans ce cas, il faut recourir aux émissions sanguines locales modérées, aux cataplasmes émollients sur l'abdomen, injections tièdes dans la poche. Scanzoni (3), qui a vu trois fois ces accidents se produire, n'en a pas moins obtenu une guérison radicale chaque fois.

2° Kiwisch a perdu deux de ses malades de péritonite (4) et nous avons

(1) Becquerel, *loc. cit.*, t. II, 248.
(2) *Loc. cit.*, p. 390.
(3) *Loc. cit.*, p. 400.
(4) *Prag. Vierteljahrschr.*, vol. X, p. 87.

vu que Michon avait eu à déplorer le même accident. Langenbeck et Crédé citent chacun deux semblables résultats malheureux. Bühring et Martin (d'Iéna) ont également perdu chacun une malade (1).

3° Hémorrhagie.

4° Oblitération de l'ouverture faite par le trocart.

5° Putréfaction du contenu; fièvre lente, pyohémie.

6° Perforation d'un viscère du petit bassin : on peut lire, dans la *Bibliothèque médicale* (2), l'observation d'un cas où il y eut perforation de la vessie et mort en quelques jours; c'est surtout ce danger qui fait rejeter la ponction vaginale par le professeur Thiry, de Bruxelles (3).

7° On est exposé à tomber dans le cul-de-sac rétro-utérin et à faire ainsi une ponction inutile (4).

Il n'y a pas, comme on le voit, de danger spécial au mode de ponction, et on a, pour les éviter, à se guider sur l'histoire que nous venons de faire de la ponction abdominale et surtout sur les indications rigoureusement posées de la ponction vaginale.

Dans un cas d'hémorrhagie après cette ponction, Krassowski opéra le tamponnement au moyen d'une grosse sonde en gomme élastique, de calibre supérieur à celui de la canule de l'instrument, et maintint cette compression pendant trente-six heures (5).

6. *Statistique.* — *a.* Sur 12 cas réunis par Cazeaux, dans sa thèse (6), et rappelés par les auteurs du *Compendium de médecine pratique,* 3 ont des détails inconnus, 3 ont été suivis de mort (Vermandois, Récamier (7), Michon), 5 de guérison complète (Neumann, Ogden, Schwabe, Arnott (8), Stolz), et enfin reste le cas de Dubois cité par Delpech.

(1) Fock, *loc. cit.*, *Gaz. hebd.*, 1856, p. 787.

(2) T. XLI, p. 231.

(3) *Journ. de méd. et de chir. de la Soc. des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1862, t. I, p. 93.

(4) Boinet. Société de chirurgie, 29 janvier 1862.

(5) *De l'ovariot.*, p. 2.

(6) P. 81.

(7) Le cas de Récamier n'appartient pas à la ponction vaginale comme nous le verrons plus tard.

(8) *Lond. méd. Gaz.*, 1839. — *Arch. gén. de méd.*, 1839, t. V, p. 487.

b. Sur 14 ponctions vaginales pratiquées par Scanzoni (1), il renseigne :

8 guérisons.

2 récidives en quelques semaines.

3 cas inconnus dans leurs résultats.

1 mort de fièvre typhoïde deux mois après.

c. Sur 20 ponctions vaginales renseignées par H. Bourdon, il y eut 16 guérisons, 4 morts, 2 récidives. Les 48 cas de la statistique de Nœggerath donnent une proportion de 29 guérisons pour 13 morts : l'auteur y renseigne 11 cas qui lui sont propres et pour lesquels il y eut 2 morts (péritonite et hémorrhagie) (2).

d. A ce bilan ajoutons 2 succès de Dolbeau (3) et la guérison obtenue par Andrée.

La ponction du vagin avec sonde à demeure fut employée 3 fois par Dest, d'après Kiwisch et Scanzoni (4), il y eut :

Guérison	1 fois.
Fistule permanente .	1 —
Mort	1 —

West l'a pratiquée 3 fois : 1 mort, 2 guérisons (édit. angl., p. 149).

H. Corliss (5) a obtenu une guérison en maintenant la canule à demeure pendant deux mois.

Kiwisch a obtenu un succès la première fois qu'il a fait usage de son procédé (agrandissement de l'ouverture de la ponction au moyen du bistouri) (6), et Schnetter, de New-York, a obtenu un succès analogue (7) par la ponction, à six mois de date, de deux kystes chez une femme de 25 ans

(1) *Loc. cit.*, p. 398. — Voir aussi O.-V. Franque, *Zür Therapie der Ovarien geschwülste*. Wien, *Med. Halle*, n°s 10 12, 1864. — Il reproduit la statistique de V. Scanzoni, mais en indiquant 16 cas, dont 10 guérisons.

(2) *Pacific. med. and surg. Journ.*, décembre 1869. D'après Nœggerath les cas de Récamier, West, Scanzoni, Crédé, Kiwisch et Langenbeeck donnent 29 cas authentiques et 18 succès.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Med. chir. Monatschr.* et 1860, t. I, p. 249.

(5) *Philadelph. med. and surg. Report*, 1869, janvier 16.

(6) *Prag. Vierteljahreschr.*, vol. X, p. 87.

(7) *Verhandl. der Würtzb. physik. und med. Gesellsch.*, vol. V, 1854, 1re livraison.

et après des accidents inflammatoires inquiétants qui suivirent la deuxième opération.

Nous ne reviendrons pas sur les faits que nous avons déjà cités.

7. *Mode opératoire.* — Nous le donnerons d'après Scanzoni, qui s'est montré le partisan le plus zélé de la ponction vaginale (1), embrassant ainsi les idées de Kiwisch (2), son collègue, auquel il succéda :

1° La malade est semi-assise, semi-couchée sur le lit d'opération, les deux pieds reposant chacun sur une chaise.

2° Deux aides tiennent les genoux, en les écartant d'une façon suffisante.

3° L'indicateur gauche est porté dans le vagin, sur la partie proéminente de la tumeur.

4° Sur le doigt, on introduit la canule d'un trocart de 27 centimètres de longueur, pour pouvoir l'appuyer fortement sur la partie proéminente (3) et aussi près que possible de la ligne médiane, comme le recommande Sp. Wells (4). (Voir pl. VII, fig. 2 et 3).

5° Introduction du stylet puis pénétration de tout l'instrument au travers du vagin et de la paroi kystique environ à 3 centimètres de profondeur.

Pour exécuter cette pénétration, il est prudent selon nous, de recommander de faire appuyer sur la tumeur par des aides à travers les parois abdominales.

6° On retire le stylet et on facilite l'écoulement de liquide en comprimant le ventre. — Si le liquide coule difficilement, on incise l'ouverture pratiquée par un bistouri *ad hoc*, à large dos, à long manche (V. pl. VII, fig. 5), qu'on fait pénétrer de 4 centimètres dans le kyste, en le passant par la canule : on retire alors la canule le long du doigt resté : le bistouri

(1) *Loc. cit.*, p. 398.

(2) *Prager Vierteljahrschr.*, vol. X, p. 87 et son ouvrage, vol. II, p. 102, trad. de J. Clay, p. 138.

(3) Demarquay pour cet usage se sert d'une sorte de lithotome qui porte son nom (pl. VII, fig. 4), mais qui ne présente pas d'avantages sur le procédé indiqué par Scanzoni (Demarquay, *loc. cit.*, p. 11).

(4) In Jottrand, *loc. cit.* Voir aussi Churchill, *loc. cit.*, p. 619.

maintenu incise d'un côté ou de l'autre dans l'étendue de 2 1/2 à 4 centimètres pour toute l'incision. — Si cela était encore insuffisant, on seringue de l'eau tiède par la canule.

7° La canule est laissée à demeure. Sp. Wells (1) rejette cette partie du mode opératoire, il préfère placer un séton métallique qu'on attache dans le vagin ou élargir l'endroit de la ponction par une incision qu'on maintient ouverte par un plumasseau de charpie huilée.

Souvent quelques jours après il ne coule plus rien : on enlève alors la canule ou le séton 8 à 10 jours plus tard.

Si la tumeur se reproduit, on peut recommencer comme l'a fait Scanzoni pour une malade que déjà Kiwisch avait opérée deux ans auparavant.

8. Schnetter substitua, dans la méthode de Kiwisch, au simple bistouri boutonné, un long bistouri boutonné recourbé et s'adaptant à la canule, recourbée également, avec laquelle on fait la ponction comme premier temps de l'opération. Nœggerath modifia, à son tour, l'appareil instrumental qu'il reconnaît comme étant parfois insuffisant dans le cas des kystes à parois trop épaisses et résistantes pour une lame de bistouri aussi étroite : pour tenir les lèvres de l'incision fixes après la ponction, il imagina une sorte de tenaculum double qui, en tenant fixées les parois de la tumeur, donnent un solide point d'appui pour les diviser avec sécurité. Cette pince à deux crochets placés au sommet et au côté externe de ses branches, se ferme et peut alors s'introduire dans la canule ; celle-ci, lorsqu'elle est destinée à rester à demeure pour le drainage du kyste, est munie de deux petites aîles, qui la rendent moins mobile et s'opposent à son déplacement ou à sa sortie. Sur 8 cas traités par Nœggerath avec ce nouvel instrument, il n'a eu que 2 insuccès : 6 femmes guérirent, 2 succombèrent à une seconde opération, et chez l'une d'elles il y avait dégénérescence colloïde. D'après cette statistique, l'opération serait indiquée pour les kystes simples ou doubles et contre-indiquée dans les cystoïdes et les dégénérescences (2).

(1) JOTTRAND, *loc. cit.*

(2) *Ovariocentesi vaginale. — Rivista gynecologia Giornale della R. Acad. di med. di Torino*, 1869, 15 nov., n° 21, p. 575.

ARTICLE TROISIÈME. — DE LA PONCTION RECTALE.

1. Condamnée par Cruveilhier (1), Courty (2) et d'autres, cette opération avait été proposée par Tavignot (3) à cause des rapports immédiats qui existent entre le kyste et le rectum.

2. Sp. Wells (4) la considère comme plus avantageuse que la ponction vaginale : l'écoulement du liquide n'est pas continu, dit-il ; il est retenu par le sphincter anal et évacué à la volonté du malade, mais il offre l'inconvénient grave de provoquer un ténesme dysentérique excessivement douloureux.

3. Ce procédé n'est donc pas jugé et a besoin de la consécration de l'expérience.

II. — DU TRAITEMENT CHIRURGICAL CURATIF.

1. Nous examinerons chacune des méthodes que l'on a proposées, d'après les indications que le chirurgien se propose de remplir :

Première indication. — Opérer le retrait du kyste en le privant de son contenu au fur et à mesure de son renouvellement.

Deuxième indication. — Opérer le retrait du kyste et l'adhésion de ses parois en permettant l'écoulement continu de son contenu, le lavage et la modification des parois de la poche par des injections appropriées.

Troisième indication. — Modifier, irriter les parois du kyste de façon à en produire l'adhérence par inflammation ou défaut de sécrétion.

Quatrième indication. — S'opposer à la nutrition de la tumeur par la striction de son pédicule vasculaire, nourricier.

Cinquième indication. — Évacuation incessante de liquide kystique dans le péritoine qui en opère la résorption.

Sixième indication. — Extirpation radicale de la tumeur.

(1) In BECQUEREL, *loc. cit.*, t. II, p. 24[illegible].
(2) *Mal. de l'utérus*. p. 943.
(3) *Expérience*, n° 160, 1847, t. V, et VI. Note à la fin du mémoire.
(4) JOTTRAND, *loc. cit.*

PREMIÈRE INDICATION. — OPÉRER LE RETRAIT DU KYSTE EN LE PRIVANT DE SON CONTENU AU FUR ET A MESURE DE SON RENOUVELLEMENT.

On s'efforce d'y parvenir : 1° Par les ponctions simples réitérées ; 2° Par les procédés d'aspiration.

1. *Des ponctions simples réitérées.*

Nous avons vu que Trousseau s'en montrait le partisan convaincu, comme pouvant amener la guérison dans certains cas et comme moins dangereuses que des moyens plus énergiques que les accidents ne réclament pas encore. Nous renvoyons à ce sujet à ce qui a été dit des contre-indications de la ponction simple, palliative.

2. *Des procédés d'aspiration.*

A. Méthode sous-cutanée.

1. J. Guérin (1) avait conseillé, dans le but d'éviter l'accès de l'air dans la poche kystique, d'employer, par la méthode sous-cutanée, sa seringue à deux robinets. Il a pu, dit-il, de cette façon, extraire des liquides épais, granuleux, denses.

2. Par cette méthode, l'aspiration se fait brusquement et à intervalles éloignés. Monro avait déjà, par une méthode analogue, inventé un instrument spécial.

3. D'après Velpeau (2), la complication que cette méthode cherche à éviter, c'est-à-dire, l'introduction de l'air dans la poche, n'est ni facile à se produire, ni nuisible pour la malade lorsqu'elle a lieu. Dolbeau exprime la même conviction (3).

4. L'Académie impériale de Paris, dans sa discussion de 1856, n'a pas jugé cette méthode qui néanmoins a donné des succès (4).

(1) Disc. à l'Académie impériale de médecine, 6 janvier 1857.

(2) In BECQUEREL, *loc. cit.*, II, 266.

(3) *Loc. cit.*, p. 146.

(4) VAN DEN CORPUT et CROCQ. Discussion de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, in *Journal de la Société*, t. XL, pp. 89 et 90. — TILT. *Lancet*, 5 aug. 1848, p. 116.

B. Aspiration continue de L. Buys.

1. Dans le but d'éviter les inconvénients attachés à l'emploi de la canule à demeure, c'est-à-dire au contact répété ou prolongé de l'air extérieur avec les liquides contenus dans la cavité du kyste et l'altération consécutive des produits de sécrétion, le docteur Buys, de Bruxelles, imagina un appareil qui paraît réunir parfaitement ces indications.

2. « L'air atmosphérique, dit le professeur C. Burci (1), renfermé dans une cavité purulente, favorise et détermine par l'intermédiaire de son oxygène, la décomposition putride du pus accumulé et dispose indirectement à tous les genres d'irritation grave des tissus altérés, et aux altérations générales de nature septique que l'art est trop souvent impuissant à modérer ou à vaincre (2). »

D'un autre côté, dit Buys, le liquide qui s'accumule entre chaque pansement dans la cavité de la poche et en écarte les parois, rend pendant longtemps son adhérence impossible et la décomposition des liquides devenus septiques, peut provoquer une inflammation qui s'étend au péritoine.

3. Voici au reste en quoi consiste cette méthode sur laquelle l'expérience n'a pas encore prononcé (3) :

« L'appareil instrumental consiste surtout en ampoules en caoutchouc de la grosseur d'une tête d'enfant, dont les parois, variant d'épaisseur, possèdent une force aspiratrice plus ou moins prononcée, de manière à graduer leurs effets selon les besoins : un conduit élastique, partant de l'ampoule, aboutit à un robinet métallique qui se visse à l'extrémité d'un trocart. L'ampoule n° 1 n'a qu'un millimètre d'épaisseur de paroi : c'est à peine si son opération est sensible : elle doit servir à vider lentement la tumeur, afin d'empêcher que par un raptus trop prompt la femme ne soit incommodée (Voir pl. VII, fig. 1 et pl. VII, fig. 6). »

(1) *Annali universali di med.*, vol. CLXXXIV, 1863, pp. 114 et suiv.

(2) Cité par JANSSENS, dans son rapport (*Journ. de méd. et de chir. de la Société des sciences nat. de Bruxelles*, t. XL, p. 87).

(3) L. BUYS. *Traitement de l'hydrop. enkyst. de l'ovaire par aspiration.* (*Journ. de méd., de chirurgie, etc.* Bruxelles, 1865, t. XL, p. 33.)

L'ampoule n° 2 a 2 1/2 millimètres de paroi : elle a une force à peu près double de la précédente ; son usage est aussi différent ; elle doit, le kyste vidé, en maintenir la vacuité en aspirant chaque goutte de sérosité aussitôt sa formation et rapprocher les parois. Cependant, sa puissance aspiratrice ne pourrait nullement irriter ou enflammer la surface interne de la tumeur : ce rôle est dévolu à l'ampoule n° 3 dont les parois ont 3 millimètres et 1/2 d'épaisseur ; celle-ci doit servir à activer le retrait du kyste et à produire une fluxion avec exsudation de lymphe plastique.

De pareilles ampoules n'étaient point, on le comprend, applicables au mode de trocart connu ; elles n'auraient fait qu'ajouter des dangers nouveaux à ceux déjà existants : il a donc fallu recourir à un instrument nouveau qui, tout en étant d'une application et d'une extraction faciles, peut s'immobiliser là où il a pénétré. Cet instrument doit également s'opposer à ce que le kyste vidé ne se retire de lui et ne le laisse plongeant dans la cavité du péritoine. — La canule de ce nouveau trocart (pl. VII, fig. 9) est double, et entre les deux parties se cachent quatre ressorts en or, qui, l'instrument plongeant dans le kyste, se dilatent et viennent faire un bourrelet de 3 centimètres de diamètre par lequel le kyste est attiré et maintenu contre les téguments. D'autre part, un manchon à vis fait avancer jusque contre la peau un disque métallique basculant, formé de deux plaques contre lesquelles s'insère une rondelle de baudruche. La paroi du kyste et la paroi abdominale sont ainsi accolées. Pour maintenir le tout parfaitement en place, et empêcher que plus tard l'air extérieur ne pénètre sur les côtés du trocart, la rondelle de baudruche est adaptée à la peau, au moyen de collodion élastique. L'instrument est complété par un robinet placé près de son ouverture, de manière à ne permettre la sortie du liquide que lorsque le robinet de l'ampoule a été vissé sur lui. Enfin, un bandage de corps doit, au moyen d'une compression à vis, déprimer la paroi abdominale du côté opposé à celui où siége la tumeur et aider de cette façon à l'action des aspirateurs.

Pour employer l'instrument, le manchon avec son disque garni d'une large rondelle de baudruche, de linge ou d'étoffe, est remonté jusque contre le robinet ; on obture avec de l'axonge les fenêtres qui donnent

passage aux ressorts, après s'être assuré que le jeu de ceux-ci se fait librement. La ponction se pratique comme avec un trocart ordinaire; seulement, il faut avoir la précaution de le faire pénétrer aussi profondément que possible, pour qu'au moment où l'on porte le stylet en arrière pour dilater la couronne de ressorts, ceux-ci puissent se développer librement dans l'intérieur du kyste. On retire alors doucement l'instrument jusqu'à ce que l'on sente que la couronne fait obstacle, et que le kyste est venu s'accoler aux parois de l'abdomen : le manchon avec son disque incliné à l'angle voulu, est à son tour rapproché de la peau de manière à l'effleurer sans la comprimer. Au moyen de collodion élastique, la rondelle de baudruche ou d'étoffe est fixée sur la peau tout autour du disque, et principalement à son centre au pourtour de la piqûre. Il reste alors à retirer le stylet, ce qui se fait en lui imprimant d'abord un petit mouvement de rotation sur lui-même de gauche à droite pour se dégager, puis en le tirant directement en arrière, le point blanc du manche placé en haut. On laisse s'écouler le 1/4 ou la 1/2 du liquide contenu dans la poche, on ferme le robinet, et l'on place la ceinture à pelotte compressive, celle-ci située du côté sain de l'abdomen, tandis que de l'autre l'instrument est passé dans la fente qui, à cet effet, est ménagée dans le bandage. Les deux coulants sont rapprochés aux deux côtés de l'instrument qui ainsi est maintenu d'une manière immuable par la ceinture que l'on boucle au degré de pression voulue. Pour que le bandage, à son tour, ne puisse bouger dans aucun sens, on attache les deux sous-cuisses et, s'il le faut, on adapte quatre bretelles qui vont s'épingler à une bande roulée autour de la taille. La pelotte, au moyen de sa vis, déprime la paroi abdominale au degré que l'opérateur juge convenable. Vient enfin le dernier temps de l'opération qui constitue véritablement le traitement : après avoir rempli d'eau l'ampoule élastique, on y fait, au moyen d'une pompe aspirante, le vide aussi complètement que possible; on ferme le robinet et on le visse à celui du trocart.

Pour mettre en rapport le kyste avec l'ampoule, il suffira d'ouvrir les robinets, et le liquide contenu dans le premier passera dans celui-là avec une vitesse proportionnelle à la force de succion de l'ampoule et à l'ou-

verture donnée aux robinets ; il est facile de graduer, à sa guise, l'action aspirante.

Il est également fort aisé de pratiquer, à l'abri de l'air et selon la volonté de l'opérateur, des lavages et des injections médicamenteuses ; pour cela il suffit de renfermer le liquide à injecter dans l'ampoule, ou dans une vessie que l'on comprime, pour faire passer ce liquide dans la tumeur.

Pour retirer l'instrument, un stylet mousse vient remplacer le stylet ordinaire ; par de légers tâtonnements, on introduit le clou du stylet dans la rainure de la canule interne, on l'y fixe et lui imprimant un léger mouvement d'arrière en avant, on fait rentrer les ressorts, on décolle les rondelles de baudruche, et l'instrument, rendu libre, se retire sans difficulté.

Indication de ce procédé : 1° Il faut opérer les kystes de bonne heure et avant qu'ils aient acquis un développement qui les expose à devenir multiloculaires, à contracter des adhérences de la paroi supérieure, ou à s'enflammer.

2° De tous les kystes, ceux qui ont le plus de chances de guérison sont les kystes séreux uniloculaires ; les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents en offrent moins. L'ampoule n° 2 suffira à leur traitement.

3° Les kystes à loges nombreuses, hydatiques ou colloïdes doivent être soumis à l'ampoule n° 3.

4° En général, lorsque l'ampoule n° 2 n'est point parvenue, au bout de quelques jours, à tarir la sécrétion, il sera convenable d'appliquer l'ampoule n° 3 jusqu'à ce qu'une congestion des parois se soit produite, ce qui se reconnaîtra facilement à la nature du liquide.

5° Les kystes ayant pour point de départ une dégénérescence, les cystosarcômes et les cystocarcinômes n'ont rien à espérer du traitement.

6° Les kystes doivent être ponctionnés du côté où ils ont commencé à paraître, le plus près possible de leur lieu d'origine et dans le point le plus déclive. S'ils sont opérables par le vagin, il faut donner la préférence à ce mode opératoire.

7° Il faut éviter de désemplir trop promptement le kyste et n'employer l'ampoule véritablement aspiratoire que lorsque les organes se seront habitués à l'instrument.

8° L'instrument ne doit être retiré que lorsque, pendant plusieurs jours, aucune sécrétion ne se sera montrée par la canule, et que l'on reconnaîtra dans l'abdomen la présence d'une tumeur dure de petite dimension (1).

Nous citerons pour mémoire la *méthode de Cartwrigt*, qui n'a pas craint d'abuser de la crédulité de ses lecteurs, en affirmant avoir guéri un kyste considérable de l'ovaire, en pratiquant le *cathétérisme de la trompe de Fallope* gauche et provoquant l'évacuation de la poche par l'utérus (2)!

DEUXIÈME INDICATION — OPÉRER LE RETRAIT DU KYSTE ET L'ADHÉSION DE SES PAROIS, EN PERMETTANT L'ÉCOULEMENT CONTINU DE SON CONTENU, LE LAVAGE ET LA MODIFICATION DES PAROIS DE LA POCHE PAR DES INJECTIONS APPROPRIÉES.

Nous devons, sous ce chef, décrire ce que Baker-Brown (3) désignait sous le nom de *fistule permanente ou oviducte artificiel*.

(1) Ferdinando Verardini s'est attaché à prouver la supériorité de son *sifone inspirante premente* sur l'appareil de Buys (*Bullet. dell. Soc. med. chir. di Bologna*, marzo 1869, p. 208 à 220) : d'après l'auteur, ce nouveau trocart aurait réussi, entre les mains de Peruzzi, in *Spedale della Vita*, à guérir un kyste ovarique volumineux. La ponction est faite avec un trocart à robinet, on retire le poinçon, on ferme le robinet, et à l'extrémité de la canule on fixe un tuyau de caoutchouc d'un quart de mètre de longueur environ : un corps de pompe à piston droit et à soupapes s'adapte à l'extrémité du syphon et permet de pratiquer la succion. Comme le fait observer L. Buys, cet instrument, pour l'hématocèle péri- ou rétro-utérine, à la cure de laquelle l'auteur l'avait d'abord appliqué, permet d'obtenir une évacuation immédiate, à l'abri de l'air, du liquide morbide (*De la compression et de l'aspiration continues en chirurgie*, etc., par le docteur Léop. BUYS, in *Mémoires couronnés et autres mémoires*, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique. Collect. in-8°, t. I, p. 207, 1870).

Le docteur Buys a apporté certaines modifications à son appareil et au manuel opératoire, après en avoir fait l'expérience pour la première fois le 13 juin 1866 dans le service de Rossignol, à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles. Il a d'abord reconnu l'inutilité et même le danger de la succion énergique qu'il préconisait dans sa première communication, à l'effet de déterminer la subinflammation de la poche kystique. Quant à l'instrument lui même, il l'a simplifié en faisant enlever la vis d'arrêt du trocart, ainsi que ses robinets : la vis du curseur est remplacée par une tige coudée, et les ampoules, réservées pour certains cas particuliers (pour permettre la déambulation de la malade, par exemple), sont repoussées pour l'usage continu : leur succion n'est pas régulière ; affaissées pendant un temps un peu long, elles ont quelque peine à se relever ; le caoutchouc dont elles sont formées se détériore par son contact prolongé avec le pus. L. Buys les a remplacées par un autre appareil de son invention, qu'il nomme *récipient hydropneumatique* (Voir, pour plus de détails, le travail que nous venons de citer et qui donne en même temps le dessin figuratif des dernières pièces de son nouvel appareil).

(2) *Boston J.*, mai 1851. — *Schm. Jahrb.*, n° 10, 1851. — *Jahresber.*, 1852, t. IV, s. 302. — Voyez aussi ALBERS. *Ueber die Einführung der Sonde in die Tüben*, u. s. w. *Rhein. Monatschr.*, sept. 1851 ; il discute le procédé au point de vue anatomo-pathologique.

(3) *De l'hydropisie*, etc., chap. V.

Nous laisserons de côté la *fistule vaginale ou rectale*, pour lesquelles nous renvoyons à la ponction, pour ne nous occuper que de la *fistule externe ou abdominale* qui exige des procédés particuliers.

L'établissement de la fistule abdominale externe comprend :

La méthode sous-cutanée et la méthode directe.

A. Méthode sous-cutanée.

La fistule permanente et sous-cutanée, pratiquée par ponction dans les parois du kyste, est une méthode dangereuse, qui expose à une péritonite mortelle et qui n'a présenté de succès exceptionnels que lorsque la rupture du kyste s'est faite accidentellement (1). Nous ne nous en occuperons pas davantage.

B. Méthode directe.

Cette méthode comprend les procédés suivants :

1° Interposition de bourdonnets de charpie, de mèches, de tentes.
2° Séton.
3° Drainage.
4° Sonde ou canule à demeure.

ARTICLE PREMIER. — INTERPOSITION DE BOURDONNETS (2), MÈCHES ET TENTES DE DIVERSES SORTES.

Dehaen a réussi, dans un cas compliqué de grossesse, en rendant la plaie de la ponction fistuleuse par une mèche maintenue en permanence (3). Key (4), par ce même traitement, prétend avoir guéri 1 malade sur 3. Carus (5) et Burns (6) ont recommandé d'employer ce moyen. Mussey (7) a réussi à guérir en 3 semaines, après suppuration, un kyste pour lequel

(1) Sp. Wells, in Jottrand, *loc. cit.*
(2) Houston. *Philosoph. Transact.*, t. XXXIII, p. 5.
(3) *Ratio medendi*, II, 255.
(4) In Seymour, *loc. cit.*, p. 103.
(5) *Loc. cit.*, § 550.
(6) *Loc. cit.*, p. 114. — Voir aussi Voisin. *Recueil périodique*, t. XVII, p. 381.
(7) *The Amer. J.*, feb. 1838. — *Archives générales de médecine*, 1838, II p. 354.

il avait tenté l'ovariotomie, mais qu'il dût abandonner par suite de nombreuses et importantes adhérences : il avait maintenu une mèche de charpie dans la plaie. Son procédé néanmoins se rapporte mieux à l'incision suivie de suppuration ainsi que nous le verrons plus loin.

Les mèches et tentes doivent être renouvelées tous les jours et de temps en temps il est bon, comme le recommande Nonat (1), d'introduire dans la plaie un crayon de nitrate d'argent pour s'opposer à la cicatrisation.

ARTICLE DEUXIÈME. — SÉTON SIMPLE. — DRAINAGE.

1. L'entrée de l'air qui produit l'inflammation de la poche, sa suppuration, etc., en font des procédés tout à fait exceptionnels et qu'il serait préférable de rejeter d'une manière absolue à cause des résultats presque toujours mortels auxquels ils ont donné lieu.

2. Chassaignac lui-même, le grand spécialiste du drainage, a déclaré n'avoir obtenu aucun succès par cette méthode à laquelle il a complétement renoncé dans le traitement des kystes de l'ovaire (2). Sur quatre femmes qu'il a traitées de cette façon à l'hôpital Lariboisière, trois ont succombé rapidement et l'autopsie lui a démontré la suppuration de la face interne du kyste compliquée de péritonite.

D'après Chassaignac encore, ce serait Barth qui le premier, aurait osé tenter l'application des tubes draineurs au traitement des kystes ovariques. Maunoir (3) rapporte deux observations recueillies dans le service de Barth, suppléé par Goupil en juin 1858 et juillet 1859, où le drainage fut institué : dans le premier cas, il y eût guérison ; dans le second il est resté un petit trajet fistuleux : il s'agissait d'un kyste dermoïde : des injections iodurées et chlorurées furent pratiquées par le tube.

Krassowski a échoué deux fois par le drainage appliqué à des kystes colloïdes ; une fois en l'appliquant dans la paroi abdominale, l'autre fois

(1) DESORMEAUX. Thèse citée, p. 24.
(2) Société de chirurgie. Séances du 27 novembre 1861 et du 2 janvier 1862.
(3) Thèse citée, pp. 45 et 52.

en traversant la paroi abdominale et le cul-de-sac vaginal : l'écoulement devint fétide ; il y eut érysipèle de la paroi abdominale, fièvre et mort (1).

Ces insuccès ne nous surprennent pas, dit Rochard (2) : l'impossibilité de vider ces kystes d'une manière complète et d'assurer un écoulement constant, la stagnation forcée du liquide dans les parties les plus déclives, les dangers que présente son contact permanent avec l'air, la lenteur extrême avec laquelle se retractent les parois, suffisent pour expliquer à ses yeux, les accidents qui ont enlevé les trois malades de Lariboisière.

3. Bernard a réussi dans un cas à guérir radicalement par un *séton* passé à travers la tumeur (3). Péan a obtenu le même succès chez un malade d'Huguier (4).

Delpech a observé à Necker en 1843, un cas de guérison par ce procédé et où les deux ouvertures furent faites à la paroi abdominale (5).

Ricord dans un cas de kyste ovarique suppuré où l'injection iodée poussée par l'ouverture faite par le trocart dans l'abdomen, n'amenait aucun résultat, introduisit une sonde à dard par l'ouverture addominale, la fit arriver jusqu'au vagin où elle fut reconnue par le doigt et pratiqua ainsi une contr'ouverture : un séton fut passé d'une ouverture à l'autre : on mit alors en usage des injections détersives et antiseptiques, et la guérison s'ensuivit (6). D'un autre côté cependant, à s'en rapporter à Desormeaux (7), des deux malades qu'avait opérées de cette façon le chirurgien du Midi, la première serait morte dans le marasme trois semaines après qu'on eut retiré le séton et elle avait conservé une fistule : chez la seconde la cicatrisation eût lieu après le retrait du séton, mais elle mourut bientôt épuisée par la fièvre hectique.

4. Pour ces méthodes, l'ouverture d'entrée est indiquée par la ponc-

(1) *De l'ovariotomie*, p. 2.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, IX, p. 698.
(3) *Froriep's Notizen*, 1830, n° 578.
(4) PÉAN, *loc. cit.*, 2e édit., p. 167.
(5) DESORMEAUX. Thèse citée, p. 25.
(6) MARCHAL DE CALVI. *Des abcès phlegmoneux intra-pelviens*, obs. LVII. *Annales de chir. franç. et étrang.*, juillet et août 1844. — *Enc. des sciences médicales*, 1844, t. CXLVII, p. 75.
(7) Thèse citée, p. 25.

tion antérieure, mais l'ouverture de sortie, pour donner un résultat avantageux au drainage surtout, doit être assez éloignée et reste par conséquent assez difficilement fixée dans les limites des adhérences, qu'il est d'une prudence élémentaire de provoquer avant d'employer ces moyens.

ARTICLE TROISIÈME. — SONDE OU CANULE A DEMEURE.

On procède à ce traitement par deux méthodes générales :

1° Après formation préalable d'adhérences entre le kyste et les parois abdominales.

2° Sans cette formation préalable ou directement.

PREMIÈRE MÉTHODE. — ÉTABLISSEMENT D'UNE SONDE OU CANULE A DEMEURE APRÈS FORMATION PRÉALABLE D'ADHÉRENCES ENTRE LE KYSTE ET LES PAROIS ABDOMINALES.

1. On a par là en vue d'empêcher l'épanchement péritonéal du liquide kystique ou des matières d'injection.

2. On y parvient par les procédés suivants :

1° Par l'incision.

2° Par les caustiques.

3° Par l'acupuncture.

4° Par la ponction.

I. Etablissement d'une sonde ou canule à demeure après formation d'adhérences par incision.

1. En 1827, Graves (1) proposa pour les foyers morbides du foie ou de l'abdomen, d'inciser largement tous les tissus jusqu'à une ou deux lignes de la collection, de remplir la plaie de charpie et d'attendre que des adhérences fussent formées pour ouvrir alors la tumeur si elle ne s'était déjà pas ouverte d'elle-même dans un effort de toux, etc.

2. Bégin (2) depuis, a proposé pour toutes les collections purulentes abdominales d'inciser couche par couche jusqu'au péritoine et d'attendre

(1) *Archiv. gén. de méd.*, t. XVIII, p. 295.

(2) *J. hebdomadaire*, 1830, t. I, p. 417. — BÉGIN. *Éléments de chirurgie*, t. I, p. 302.

alors les adhérences s'il n'en existe déjà : il rapporte deux cas de guérison par cette méthode.

C'est le procédé qu'affectionnait Velpeau (1).

2. Etablissement d'une sonde ou canule à demeure après formation d'adhérences par les caustiques.

Dans le *procédé de Récamier* (2), employé par l'auteur pour les abcès et les kystes hydatiques du foie mais, d'après Boinet (3), déjà mis en usage antérieurement par le docteur Masseau, correspondant de l'Académie impériale de médecine pour les kystes hydatiques du foie et qu'ont expérimenté également Tavignot et Pereira (4), de la potasse est d'abord appliquée sur plusieurs points très-rapprochés de la partie saillante de la tumeur afin que par leur réunion, ils fassent naître une large eschare qu'on fend au bout de quelques jours avec l'instrument tranchant. On porte alors au fond de la plaie une nouvelle dose de caustique qui doit agir bien plus en profondeur qu'en largeur. Répétée ainsi successivement, la cautérisation détermine sûrement l'adhésion du péritoine pariétal et de la séreuse qui enveloppe la tumeur kystique et met à même d'enfoncer soit le trocart, soit le bistouri dans le kyste dès que le doigt en sent distinctement la fluctuation au-dessous de l'eschare divisée.

Dans une observation rapportée par Truckmüller à la fin de son travail (5), une femme de 45 ans fut traitée pour un kyste multiloculaire par l'application de caustiques et l'incision au bistouri. Lorsque la tumeur fut à nu et que des adhérences furent formées, une seringue appropriée aspira le contenu, puis il y fut établi une sonde ou canule à demeure :

(1) Communication du docteur JOUON, sur l'incision et suppuration des kystes ovariques. *Union médicale*, 1870.

(2) *Rev. méd. franç. et étrang.*, 1825, p. 409. — BOINET. *Iodothérapie*, 2e édition, p. 486. — VELPEAU. *Médecine opératoire*. Bruxelles, 5e édition, 1840, t. II, p. 296.

(3) *Mal. des ovaires*, p. 257.

(4) Voyez KIWISCH. Trad. John Clay, p. 167.

(5) *Études sur l'hydropisie de l'ovaire et sur sa cure radicale. J. der Chirurgie und Augenheilkunde*, t. XXI. — *Gazette médicale de Paris*, n° 8, 21 février 1835.

après évacuation, le sac était rempli avec une décoction de chêne et de teinture de myrrhe (1).

Martin, le jeune, traita heureusement, par les caustiques, un kyste de l'ovaire droit tombé en suppuration chez une dame Naud, en 1803 : il tint l'ouverture faite par les caustiques, à l'état fistuleux, au moyen de tentes de charpie d'abord, de morceaux d'éponge préparée ensuite et pratiqua des injections d'eau d'orge et de miel rosat dans le sac. Deux mois après la guérison était obtenue (2).

Demarquay (3), pour un kyste datant de trois ans, ayant accusé des symptômes de péritonite circonscrite à la partie inférieure du ventre (ce qui dénote des adhérences), et exigé deux ponctions évacuatrices à un mois de distance, fit une incision (peau et tissu cellulaire) de quelques centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'à quatre travers de doigt de la symphyse pubienne : dans cette incision il plaça un long morceau de pâte au chlorure de zinc : dix jours après, nouvelle application du caustique, puis une troisième dans une moindre étendue : moins d'un mois après l'incision, le kyste se rompit et, après évacuation de son contenu, il se produisit une hernie d'une masse fongueuse, détritus d'un kyste secondaire développé dans la poche principale qui s'enflamma et revint sur elle-même : la guérison était radicale deux mois plus tard.

Demarquay conseille cette pratique pour les kystes uniloculaires peu volumineux et adhérents, et d'ouvrir largement la tumeur pour donner une issue facile aux liquides septiques.

Joüon de Nantes (4), Houston (1701) (5) ont obtenu également un succès

(1) Pour les adhérences préalablement provoquées par des moyens médicamenteux appliqués sur les parois abdominales, voir S. FRI. u. MEISSNER. *Die Frauenzimmerkrankh.*, II Bd. Leipzig, 1845, p. 333.

(2) *Des dépôts des annexes de la matrice qui surviennent à la suite des couches*, in *Mém. de méd. et de chir. pratiq.* — *Sur plusieurs maladies et accidents graves qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et les couches*, 1835. — MARCHAL DE CALVI, travail cité, obs. XXXI. — *Encyc. des sciences médicales*, 1844, t. CXLV, p. 100.

(3) Société impériale de chirurgie, 8 décembre 1869.

(4) JOÜON, de Nantes, a cherché à rétablir, comme méthode intermédiaire, moins grave que l'ovariotomie, plus radicale que l'injection iodée (applicable aux kystes trop adhérents, à ceux dont l'extirpation commencée devient impossible pour obstacles insurmontables et enfin aux kystes uniloculaires à contenu fibrineux, albumineux, hématoïde, etc.), la méthode de l'incision, après adhé-

par cette méthode : Depaul a réussi pour une grossesse extra-utérine. Demarquay attribue les deux insuccès qu'il emprunte à la pratique de Récamier et à la sienne, à l'exiguité de l'incision pratiquée.

Le potasse caustique a le double avantage de provoquer la formation d'adhérences salutaires et d'opérer une ouverture béante jusqu'à l'effacement du kyste sans qu'aucun débridement devienne nécessaire (1). Ce procédé, comme l'a démontré Vidal de Cassis (2), se rapproche du procédé

rences produites de préférence par les caustiques ; il exprime cette idée à propos d'une opération d'ovariotomie rendue impossible par les adhérences abdominales, qu'il avait entreprise le 26 août 1869 : il maintint les lèvres de l'incision ouvertes (à l'aide de cinq points de suture métallique qui fixaient ces lèvres à celles du kyste, d'après la méthode de Brown, ainsi que nous le verrons à l'article *Incision*) pour provoquer la suppuration ; la femme guérit, après de nombreuses péripéties, en conservant une fistule à peu près insignifiante. Il ne cite, comme exemples types de l'application de l'incision suivie de suppuration, que le cas de Demarquay et le sien ; tous les autres faits, d'après lui, seraient le résultat d'ovariotomies incomplètes (c'est ainsi, comme nous le verrons plus tard, que se sont comportés Mussey, Dzondi, Galenzowski et Bühring) qui se seraient forcément traduites par une large suppuration à l'intérieur du kyste (Soc. imp. de chir., séance du 16 fév. 1871. — *Gaz. des hôp.*, 1870, p. 125. — *Un. méd.*, 1870.—*Scalpel*, 1870, p. 110). Il ignorait bien évidemment les cas rapportés par Truckmüller, Martin et Houston ; ce dernier, cependant, quoique cité par Demarquay, n'eut pas recours aux caustiques avant de pratiquer son incision. Kœberlé, comme nous le verrons plus tard (*Éphémérides ou historique des cas d'ovariotomie*) regarde à tort l'observation de Rob Houston comme se rapportant à une ovariotomie.

Boinet (Soc. de chir., 1870. — *Scalpel*, 1870, n° 18, p. 106. — *Un. méd.*, 1870), à propos des cas heureux de Jotton, de Nantes, et de Demarquay, s'élève contre la généralisation de cette méthode, qu'il réserve pour les cas où il y a de fortes et nombreuses adhérences entre le kyste et les parois abdominales, reconnues avant ou après la tentative de l'ovariotomie ; il reconnaît les inconvénients suivants à cette méthode : défaut de rétractation de la poche, précisément à cause des adhérences, et de là guérison difficile, ou, dans tous les cas, permanence de la fistule purulente. Si les adhérences se sont constituées avec des organes ou parties douées de mobilité, il peut y avoir un certain retrait, mais le jeu de ces organes se trouve gêné ou il peut même se produire des étranglements (les intestins, par exemple).

Le docteur Bribosia, de Namur, a communiqué à l'Académie royale de médecine de Belgique (*Bulletin* du 31 décembre 1870, p. 1161. — Voyez aussi l'appréciation qu'en a faite Frederici, in *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, 10 feb. 1871, n° 4) un exemple très-intéressant du résultat heureux qu'on peut obtenir par cette méthode, dont il fait erronément les honneurs à Boinet (*Bulletin* cité, p. 1163). Le professeur Lefebvre, de Louvain, paraît également en avoir retiré de sérieux avantages (*Ibid.*, p. 1174). Enfin, le professeur Crocq, de Bruxelles, rapporte avoir fait une tentative malheureuse dans le même sens (*Ibid.*, p. 1171).

(5) *Philos. Trans.*, n° 381, sect. 3, vol. XXXIII, p. 8. Lond., 1726.

(1) *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, II, 450.

(2) *Pathologie chirurgicale*.

suivi par la nature dans ses éliminations. Bonnet de Lyon en a fait une belle application au traitement de la phlébite.

Cette méthode l'emporte de beaucoup sur l'incision au bistouri (1).

3. *Formation d'adhérences par acupuncture.*

L'*acupuncture multiple* qui consiste à enfoncer des aiguilles dans le kyste et à les y laisser pendant 4 ou 5 jours jusqu'à formation d'adhérences, a été proposée par Trousseau et Stansky (2), mais mise assez rarement en usage.

4. *Formation d'adhérences par la ponction.*

Différentes modifications ont été apportées au procédé de la ponction simple que nous avons décrite, pour arriver à ce but :

I. *Ponctions successives.* Jobert de Lamballe (3) les employait pour les kystes du foie et se servait d'un petit trocart : on les pratique à quelque temps d'intervalle et on laisse la canule pendant 24 heures en place.

II. *Canule de Rambaud* (4). Double canule : l'extrémité antérieure de la canule externe est armée de 4 branches égales, brisées et articulées de façon à s'étaler en parapluie contre la paroi interne du kyste, tandis qu'un disque mobile vient s'appliquer et se fixer par un écrou contre la paroi externe du ventre.

III. *Trocarts de V. Uytterhoeven* (5).

a. *Trocart articulé à curseur*, pour obtenir promptement et sans danger l'adhérence du kyste avec les parois abdominales.

Appareil instrumental : 1° Poinçon de 16 centimètres de long, et de

(1) *Bibliothèque du médecin praticien*, I, 672.

(2) BOINET. *Malad. des ovaires*, p. 257. — CAZEAUX. Thèse citée, p. 167.

(3) *Compend. de méd.*, III, 632. Bruxelles.

(4) Académie de médecine. Séance du 8 février 1842. *Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 111.

(5) Société des sciences médic. et natur. de Bruxelles. Séance d'août 1857. *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1858, p. 519.

5 millimètres de diamètre, à pointe triangulaire comme celle du trocart.

2° A 5 centimètres de sa pointe, articulation mise en mouvement par une rondelle à clavette ménagée à l'extrémité supérieure du poinçon, et permettant à l'opérateur d'incliner à angle plus ou moins ouvert l'extrémité pointue sur la tige du poinçon. Cette extrémité ou partie mobile de l'instrument, d'une longueur relative, présente une courbure plus ou moins forte, calculée sur l'ampleur ou la capacité du kyste. Inclinée sur sa tige, elle correspond à la paroi interne du kyste par sa convexité.

3° Le poinçon est garni d'un *curseur* ou plaque mince, ovalaire, courbée sur sa face inférieure, de 8 centimètres de long sur 3 de diamètre transversal. Cette plaque est mobile.

4° Une vis la fixe à hauteur voulue au trocart.

Manuel opératoire. La malade est couchée comme pour la paracentèse abdominale. Un aide fixe des deux mains la tumeur contre les os du bassin par une pression convenable, et tend la peau pour respecter les rapports naturels du kyste avec les parois abdominales. Un second aide surveille les mouvements de la malade.

Le poinçon est plongé à l'endroit d'élection, jusqu'au-delà du niveau de son articulation. (V. pl. VIII, fig. 2 et fig. 3.)

On saisit l'instrument de la main gauche pour, de la main droite, tourner la rondelle à clavette et faire basculer l'extrémité pointue plongée dans le liquide ovarien vers la paroi interne du kyste qu'elle doit soutenir, ce dont on s'assure en tirant à soi l'instrument. Cet effet obtenu, on abaisse le curseur sur la peau jusqu'à ce que le kyste retenu par l'extrémité basculée, soit solidement fixée contre la paroi abdominale. — Pour assurer définitivement la pression, on tourne la vis.

Lorsque la douleur, la rougeur, le gonflement des tissus s'étendent dans un rayon de 2 à 3 centimètres autour de la plaie (deuxième ou troisième jour), on remonte le curseur pour diminuer sa pression sur les parois kystiques et celles de l'abdomen. Suppuration du troisième au quatrième jour. — Adhérences formées du cinquième au sixième jour.

On redresse alors le poinçon, et on le retire pour introduire une sonde ou une canule spéciales.

b. *Canule en X.* Ce second instrument du même auteur a pour but d'entretenir une communication facile avec l'intérieur du kyste, tout en restant maître de ses parois, prévenant l'entrée de l'air dans la cavité ovarienne, et permettant son lavage aussi souvent que les circonstances l'exigent : une malade l'a porté six semaines sans le moindre inconvénient au dire de l'auteur.

Appareil instrumental. — Canule formée de deux parties ou branches creusées en gouttières, et recourbées elles-mêmes en sens opposé à angle très-ouvert.

L'une des branches se distingue par un conduit de 4 à 5 centimètres de long occupant sa moitié supérieure. Les branches s'articulent par le sommet de leur angle, précisément au niveau de l'ouverture inférieure du conduit, de manière à pouvoir basculer l'une sur l'autre : aussi, lorsque les extrémités inférieures sont accolées, les supérieures se séparent en laissant entre elles un angle de 4 centimètres d'ouverture.

Cet angle se forme au contraire avec les extrémités inférieures, si l'on rapproche l'une de l'autre les supérieures. — Enfin sur celles-ci, réunies bien entendu, on ajuste une rondelle formant cuvette qui, non-seulement les maintient réunies, mais concourt encore à fermer complètement l'ouverture supérieure du conduit de 4 à 5 centimètres dont il a été question.

c. *Troisième instrument, en K* de *V. Uytterhoeven* pour remplacer la sonde à demeure dans les kystes de l'ovaire.

Appareil instrumental. — Trocart long de 10 centimètres.

Canule revêtue d'une sorte de valve recourbée sur elle-même à angle obtus, longue de 8 centimètres, fenêtrée dans sa moitié inférieure, c'est-à-dire jusqu'au point où elle s'articule au moyen de deux goupilles avec le sommet de l'angle de la valve.

Une rondelle maintient l'écartement du côté fenêtré de manière à former un angle de 25 millimètres d'ouverture, et ferme en outre la partie supérieure de la canule lorsque le trocart est retiré.

Les proportions de l'instrument doivent varier avec les indications à remplir.

Manuel opératoire. — Trocart dans la canule. — Valve mobile écartée de celle-ci vers le manche.

On saisit l'instrument en appuyant fortement l'indicateur sur la moitié inférieure de la valve, qui se fixe solidement ainsi contre la canule. L'extrémité phalangienne du médius fléchi est engagée dans l'écartement supérieur qu'a produit la pression de l'indicateur, et assure l'immobilité de la valve. Le pouce continue à maintenir cette immobilisation. — Le manche du trocart enfin, est reçu dans la paume de la main et solidement retenu en place par l'annulaire et le petit doigt.

On plonge l'instrument dans le kyste jusqu'au niveau des goupilles : l'index et le médius abandonnent la position : la valve s'écarte de la canule à mesure que le trocart pénètre et l'écartement supérieur s'efface. — La main gauche saisit l'instrument et la main droite retire le trocart. — Il ne reste qu'à vider et laver la cavité selon les règles de l'art, puis de fermer la canule avec la rondelle à clavette.

Pour être juste, ajoutons que ces moyens, fort ingénieux d'ailleurs, mais peu expérimentés, et ayant le tort grave d'exiger des appareils spéciaux, n'ont guère donné de succès à leur auteur, puisque le docteur Sacré (1) confesse que toutes les femmes opérées par Uytterhoeven et auxquelles il fit de nombreuses injections, ont péri dans le marasme.

IV. *Trocart à point d'arrêt saillant de Maisonneuve.*

L'appareil se compose :

1° D'un trocart courbe A (Voir pl. VIII, fig. 4) d'un assez fort diamètre, de forme ovoïde et dont la pointe est lancéolée ;

2° D'une canule B, munie d'un curseur à plaque mobile qui sert à limiter son introduction, et terminée par deux petites oreilles qui servent à la fixer sur le bas-ventre : cette canule est en outre percée à son extrémité supérieure de trois ouvertures dont :

a) Une sur la partie plate, pour l'évacuation du liquide, est mise en rapport avec celle de la canule D et

b) Deux autres latérales dans lesquelles s'engagent deux petites tiges coudées CC, qui servent d'arc boutant pour empêcher la canule B de

(1) *Journal de la Société des sciences médic. et naturelles de Bruxelles*, t. XL, pp. 89 et 90.

s'échapper une fois en place : ces deux tiges sont maintenues immobiles sur la canule-mandrin évacuatrice D qui elle-même est placée sur sa partie plate d'une ouverture qui se trouve en rapport avec celle de la canule E qui représente les trois canules réunies, telles qu'elles doivent être placées une fois la ponction faite.

V. Les *Trocarts de Panas* (1), *de Nélaton*, plus ou moins ingénieusement combinés, n'offrent pas d'avantages sur les précédents, et sont d'ailleurs trop peu expérimentés pour les employer en pratique.

VI. Citons encore les *alènes à chas* (à la pointe ou à la base) pour fixer le kyste à la paroi abdominale à l'aide de fils passés en forme de séton.

DEUXIÈME MÉTHODE. — ÉTABLISSEMENT D'UNE SONDE OU CANULE A DEMEURE SANS FORMATION PRÉALABLE D'ADHÉRENCES, OU DIRECT.

Comprend les méthodes ou procédés suivants :

1 L'incision.
2° La ponction double ou double fistule de Barth.
3° Le procédé d'Ollenroth.
4° Le procédé de Récamier ou ponction abdomino-vaginale.
5° Le procédé de Boinet.

1. De l'incision.

1. Pratiquée d'abord en 1837, par Ledran (2), qui sauva une malade sur deux, puis par Delaporte (3), Osiander (4), lesquels perdirent leurs malades ; Houston (5), Portal (6), Bonnemain, Rey (7), Bausden (8), qui lui

(1) Présenté par Robert et Colin à l'Académie impériale de Paris, le 5 février 1867. — V. aussi *Gazette médicale de Paris*, n° 6, 1867, et *Gazette des hôpitaux*, 1867, n° 20.

(2) *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. II, pp. 133 et 482.

(3) *Ibid.*, II, p. 452.

(4) Velpeau. *Dict.* cité, p. 308.

(5) Sacchi. *De l'hydropisie des ovaires et de leur extirpation. Bulletin général de thérapeutique*, avril 1833. — Monro, *loc. cit.*, p. 225, note. — *Philos. Trans.*, t. XXXIII, p. 5. — Boivin et Dugès, *loc. cit.*, p. 240.

(6) *Cours d'anatomie*, t. V, p. 534.

(7) *Annales de la chirurgie française.*

(8) Velpeau. *Dict.* cité, p. 310.

durent chacun une guérison ; elle donna de beaux résultats à Fergusson, en Angleterre, à Kiwisch, Dzondi, Bühring et Langenbeck, en Allemagne (1), à Mussey (2) et Prince en Amérique (3), fut préférée à la ponction par Garengeot (4), mise en usage par Bégin, Velpeau (5), rejetée par Delaporte, Callisen, Richter et Sabatier (6), vivement recommandée par Dehaen, Lieutaud (7), Morand (8), Voisin (9), Bühring (10), Cruveilhier (11) et d'autres.

2. *Procédé de Ledran.* — Consiste à introduire la pointe d'un bistouri dans la canelure pratiquée sur la canule du trocart enfoncé sur la ligne blanche et à ouvrir les parois abdominales avec la tumeur par une large incision : le kyste vidé, on entretient l'ouverture par une canule de plomb placée dans la plaie et on injecte des liquides émollients et de légers détersifs.

Après Ledran, Kiwisch, Récamier, Tavignot, Pereira (12) et d'autres ont modifié l'incision (13). J.-B. Brown, dans le but d'éviter la stagnation du pus incise sur la ligne semi-lunaire et suture les bords de l'incision avec les parois abdominales (14). Bühring, de Berlin, pratique l'incision non sur la ligne blanche, mais le long du bord externe de l'oblique externe d'après une ligne tirée de la dernière côte à la crète iliaque (15) : il a pu guérir une malade sur trois.

(1) Fock, *loc. cit.* — *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 788.
(2) *The American Journal*, feb. 1838. — *Gazette médicale de Paris*, 1838.
(3) In Labalbary, *loc. cit.*, pp. 48 à 58.
(4) Velpeau. *Dict.* cité, p. 310.
(5) Scanzoni, *loc. cit.*, p. 403. — Thèse de Cazeaux.
(6) Fock, *loc. cit.*, et *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 788.
(7) *Ibid.*
(8) Acad. de chir., mém. II, p. 451.
(9) *Recueil périodique*, t. XVII, p. 381. — *Journal* de Sédillot, XLVI, p. 230.
(10) Joh.-Jul. Bühring. *Die Heilung der Eierstockgeschw.* Berlin, 1848, p. 77. — Maisonneuve. *Des opérations applicables aux maladies de l'ovaire.* Paris, 1850, et in den *Analecten für Frauenkrankh.*, VII Bd. Leipzig, 1850, pp. 459 à 462.
(11) Disc. acad., 1856.
(12) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 52.
(13) Plusieurs d'entre eux en la combinant avec les caustiques.
(14) *Monthly Journ. of med. sc.*, aug. 1850, p. 179.
(15) *Die Heilung u. z. w.*

Le docteur Bainbrigge (1) pratique au-dessous de l'ombilic une incision de 1 1/2 pouce de longueur, ouvre le kyste et le retient fixé au dehors aux lèvres de l'incision, une tente de linge placée entre les bords de la plaie prévient leur adhérence : des fomentations chaudes sont pratiquées sur l'abdomen. Il rejétte les canules comme pouvant occasionner une inflammation dangereuse : il place la malade couchée en pronation pour favoriser l'écoulement des liquides. Il s'appuie pour préconiser son procédé sur : 1° 18 cas où la cure radicale fut obtenue de cette façon.

2° 19 cas où la perforation s'est faite par l'ombilic, le vagin, l'intestin, la vessie, le rectum et où il s'établit une fistule permanente puis l'oblitération définitive de la poche.

Chereau a guéri radicalement un kyste pileux de l'ovaire droit par l'incision et l'interposition d'une mèche cératée entre les lèvres de la plaie (2).

3. *Inconvénients de l'incision.* — 1° Le kyste peut avoir plusieurs loges qui ne peuvent se vider toutes par l'incision.

2° Parfois le contenu se compose de matières solides, denses et adhérentes aux parois du kyste.

3° La blessure du péritoine est plus grande, plus dangereuse que par la ponction.

4° Le liquide étant évacué, s'il n'y a pas d'adhérences, on reste exposé à voir survenir une péritonite promptement mortelle et l'inflammation des intestins par l'épanchement du sang et du liquide kystique. D'un autre côté, si on provoque préalablement des adhérences, l'inflammation qu'on détermine peut devenir dangereuse.

5° L'avantage qu'aurait cette méthode, dans les cas de kystes composés à contenu consistant, n'est pas compensé par le résultat, car après l'oblitération du sac, les autres kystes rudimentaires se développent très-rapidement et remettent tout en question (3).

6° Il y a impossibilité d'obtenir une réunion parfaite entre des parois

(1) *Gazette médicale de Paris*, n° 19*bis*. — *Lond. med. Gaz.*, 1847. — *Encycl. des sciences médicales*, 1848, t. CLXXXVIII, p. 271.

(2) *Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, août 1845. — *Bulletin général de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1845, t. XXIX, p. 150.

(3) Scanzoni, *loc. cit.*, p. 403.

à texture différente dans leurs différents points : au lieu d'inflammation adhésive, on a une inflammation violente avec gangrène et extension de l'inflammation aux tissus voisins.

7° L'ouverture fistuleuse résultant de l'opération est d'une durée longue et fâcheuse, ce dont se plaignait déjà Ledran à propos de sa première opération.

4. *Indications.* Dans une observation de Dolbeau (1), un kyste transformé en poche purulente exposait la malade aux accidents de l'infection putride : dans ce cas la ponction, suivie d'injection iodée, par exemple, pouvait tout au plus désinfecter momentanément la poche purulente : le liquide se reproduisit quelques jours après et avec lui revinrent les mêmes accidents.

La fièvre hectique et la probabilité d'adhérences contre-indiquaient l'ovariotomie.

Il fallait donner au mélange délétère un écoulement permanent et facile, l'introduction de l'air n'étant point à craindre puisque la poche renfermait déjà des gaz. Une canule à demeure de gros calibre qui, permettait l'écoulement facile et le lavage complet de la poche, fut d'abord employée, mais reconnue insuffisante, et comme il y avait péril imminent, Dolbeau se décida alors à pratiquer une incision large et profonde de 4 centimètres maintenue béante pour permettre à la poche de revenir peu à peu sur elle-même : au dixième jour, on retira une membrane sphacélée et quelques jours après une seconde (débris de la membrane kystique se détachant peu à peu par le sphacèle). Des adhérences intestinales se développèrent au pourtour du kyste et formèrent une cavité périphérique dans laquelle le pus s'accumula sans développer de péritonite générale, jusqu'à ce que l'expulsion du pus et des membranes, produits du sphacèle des parois kystiques, se fût faite par la plaie de l'incision.

A ce cas, parfaitement indiqué par l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ajoutons avec Scanzoni (2) ceux où, après avoir eu recours à l'ovariotomie,

(1) *Loc. cit.*, p. 140.
(2) *Loc. cit.*, p. 403.

on se trouve forcé d'abandonner l'extirpation par suite d'adhérences nombreuses et insurmontables (1).

B. Brown (2), avec Kiwisch, pense aussi que l'incision est applicable dans les cas où l'ovariotomie ne l'est pas.

Sp. Wells (3) admet l'incision *vaginale* lorsque les adhérences du kyste dans le bassin sont considérables comme ressource urgente pour soulager la malade, ou prolonger sa vie de quelques jours, et cela lorsque la tumeur a un contenu qui ne peut s'échapper par les canules les plus larges, et que l'ablation totale est impossible.

5. C'est donc, en dernière analyse, un moyen palliatif, et qui ne tarde pas à entraîner la mórt par l'épuisement occasionné par les pertes humorales et la fièvre de consomption. On aurait donc tort de s'en tenir à la statistique de Maisonneuve (15 cas, 13 guérisons, 2 morts) (4) et de suivre les errements de Simon Thomas qui préconise l'ouverture des kystes par le vagin avec ouverture maintenue en permanence : il cite trois faits à l'appui de cette méthode qu'on a eu tort d'abandonner, selon lui (5).

(1) Voyez le cas de J. Bellinger. *The Southern of med. and pharmacy*, 1846.

(2) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 52.

(3) In Jottrand et Bottaro, *loc. cit.*

(4) Thèse citée.

(5) *Zür Kenntniss der einfachen Eierstockscyst. und ihrer Behandl.*, in *Arch.* von Donders, Bd II, Heft. 2.

Péan, dans des cas bien déterminés, a repris brillamment la méthode de l'incision par un procédé qui lui est propre. Lorsque, dans l'opération de l'ovariotomie, le chirurgien se trouve arrêté par des adhérences viscérales tellement intimes qu'il est obligé de s'abstenir de retrancher certaines portions du kyste pour ne pas exposer la malade aux plus grands dangers, il attire ces portions entre les lèvres de la plaie faite aux parois de l'abdomen et les y fixe par quelques points de suture : il en résulte une espèce de sac de capacité en rapport avec la surface qu'on n'a pu détacher.

Pour réussir, deux conditions sont nécessaires : 1° Que les parois de ce sac soient suffisamment solides pour résister à de légères tractions, et qu'aucune solution de continuité ne permette aux liquides sécrétés par sa surface interne de tomber dans le péritoine.

2° Que le sac ne soit formé que par une seule loge, ou bien que les kystes secondaires qu'il pourrait contenir soient en communication aussi large que possible par la destruction de toutes les cloisons kystiques.

Trois malades de Péan ont été traitées par ce procédé, et voici les résultats obtenus : si la portion du kyste, ainsi abandonnée, n'était plus suffisamment nourrie, elle se détachait d'elle-même au bout de quelques jours, en laissant à sa place une cavité plus ou moins étroite et parfaitement cir-

2. De la ponction double ou double fistule de Barth.

1. Barth, dans un cas (1), avait traversé le kyste au moyen d'un trocart très-long, recourbé en arc de cercle, de manière à faire deux ouvertures : la première ponction fut faite sur la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessus des pubis, pour permettre à la vessie de se distendre : le liquide écoulé, et l'instrument armé de nouveau, il a ponctionné la paroi abdominale d'arrière en avant (de dedans en dehors), à 10 centimètres au-dessus de la première ponction : il glissa alors, par la canule laissée dans la plaie, une sonde en caoutchouc vulcanisé percée de petits trous, qu'il laissa à demeure : au bout de quelques jours injections iodées.

2. Barth attribuait à sa méthode les avantages suivants :

1° De maintenir le kyste appliqué contre la paroi abdominale.

2° De laisser une issue continuelle au liquide, ce qui facilite le retrait de la poche.

3° Ce retrait effectué en grande partie, on peut pratiquer des injections modificatrices, iodées, par exemple, qui ont plus d'effet dans une cavité moins grande, dans un moment où il n'y a plus à craindre d'épanchement de l'injection dans le péritoine, et où il faut moins de liquide d'injection.

La malade de Barth était enceinte de cinq mois : le kyste se rompit et donna lieu à l'accouchement prématuré et à une péritonite mortelle.

conscrite par des adhérences péritonéales qui, en se rapprochant, ne tardaient pas à combler le vide formé par la chute des débris kystiques. Il n'y a donc pas à craindre, du moins absolument, que le sphacèle détermine une inflammation rapidement mortelle par son extension au péritoine.

Lorsque, au contraire, ces débris de sac recevaient assez de sang pour empêcher leur élimination aussi rapide, une suppuration plus ou moins abondante amenait, à la longue, soit l'atrophie, soit la transformation fibreuse. Si, dans ces conditions, quelques kystes secondaires venaient à se former dans l'épaisseur des débris du kyste, surtout dans le voisinage du pédicule, et se développait, il faudrait, d'après Péan, un temps relativement fort long pour que leur volume devint encore menaçant pour la malade ; celle-ci aurait pu ainsi récupérer une santé meilleure et la nouvelle tumeur pourrait être opérée avant qu'elle n'eut contracté des adhérences sérieuses, c'est-à-dire, en un mot, que les conditions seraient infiniment meilleures que pour la première opération (Académie de médecine de Paris, séance du 21 novembre 1871. — *Gazette des hôpitaux*, 1871, n° 139, p. 533.)

(1) Académie impériale de médecine de Paris, 1856, séance du 1er avril. — *Gazette des hôpitaux*, 1856, pp. 160, 485, 487.

Le kyste était rétracté et renfermait un liquide purulent, albumineux.

3. Outre que par ce procédé, il y a, comme le faisait remarquer Malgaigne (1), un péril de plus que dans la ponction simple par la seconde ponction qu'elle nécessite; cette dernière ponction est en somme inutile et les avantages attribués à cette méthode peuvent être assurés à d'autres procédés moins dangereux pour la malade. Elle aura toujours eu cet avantage d'avoir provoqué dans le sein de l'Académie impériale de médecine une discussion approfondie sur les kystes de l'ovaire, et donné ainsi l'occasion d'entendre l'opinion des chirurgiens les plus autorisés sur le traitement applicable à ces tumeurs.

3. Procédé d'Ollenroth.

1. Après avoir pratiqué la ponction dans l'endroit où il l'avait déjà faite, Ollenroth (2) retira le trocart de la canule et introduisit à la place une sonde en argent dont le bout interne était rond et troué : après l'écoulement de 4 à 5 litres d'un liquide jaunâtre, il boucha l'extrémité de la canule avec un tampon et laissa l'instrument en place : matin et soir le tampon fut retiré pour laisser évacuer le liquide : le vingt-huitième jour seulement, l'instrument fut retiré et un pansement simple fut institué.

Il obtint ainsi la guérison d'une femme qui avait déjà subi sept ponctions assez rapprochées et inutiles : cette guérison se maintenait depuis 3 ans au moment de la publication du fait (3).

2. Celse plaçait déjà un tuyau de plomb dans le but d'obtenir un écoulement permanent de la sérosité (4). Richter (5), après la ponction, laissait

(1) Disc. académ. de 1856. — BOINET. *Quelques réflexions sur le traitement des hydropisies des ovaires par les injections iodées*, travail lu à l'Académie impériale de médecine de Paris, séance du 8 avril 1856.

(2) *Die Heilbarkeit der Eierstockwassersucht*, von F. OLLENROTH. Berlin, 1843.

(3) *Lond. med. Gaz.*, 1835. — In CHURCHILL, p. 620, *loc. cit.* — *Enc. des sciences médic.*, 1844, t. CXLVIII, p. 78. — Thèse de CAZEAUX.

(4) CELSE. *De medicina*, lib. VII, cap. XV, p. 362, édit. Melligan, d'Édimbourg, 1831. — *Med. chir. Monatschr., u. z. w.*, 1860, I, 249. — FOCK. *Monatschr. f. Geburtsk.*, vol. VII, s. 332. — LEDRAN. *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. VI. Paris, 1753, pp. 51 et 73.

(5) *Zur Therapie der Ovariencyst.*, von DÖMREICHER, in *Med. chir. Monatschr., u. z. w.*, 1864, I, 166, und in *Wiener Medizin*, Halle, n°s 50, 51, 1863.

la canule quelques heures et la remplaçait alors par une sonde en gomme élastique.

3. C'est en définitive le procédé qu'a perfectionné Boinet, comme nous le verrons bientôt.

4. Malgré le succès obtenu par Ollenroth, dit Kiwisch (1), on ne peut adopter sa méthode jugée d'ailleurs par l'expérience : il est difficile d'évacuer convenablement le pus qui se forme sous l'influence de l'air qui a accès dans la tumeur, d'où danger continuel de voir s'allumer une inflammation sérieuse des parois du kyste avec leur ulcération consécutive et aussi l'explosion d'un empoisonnement septique. D'autre part, les adhérences que contractent les parois abdominales avec le kyste, entravent son retrait et empêchent le retour de l'ovaire à sa situation normale : entretemps, les forces de la patiente s'épuisent : dans les cas les plus favorables, l'ulcération détruit les parois antérieures de la tumeur et la paroi abdominale correspondante, et il en résulte une large ouverture de la poche au dehors.

5. Au rapport de J. Clay (*ibid.*, p. 165), Alexandre Anderson, de Londres, dans deux cas, après avoir ponctionné le kyste, a laissé la canule en place et y a adapté un bouchon après l'évacuation du contenu de la tumeur : l'une des malades a complètement guéri et mourut sept ans après d'une attaque de choléra : l'autre succomba quelques semaines après la ponction, aux suites de vomissements incoërcibles. A l'autopsie, le kyste fut trouvé rétracté et on ne rencontra aucune trace de péritonite. Comme l'observe J. Clay, ces faits ne suffisent pas pour faire adopter la méthode.

4. De la ponction abdomino-vaginale.

Procédé de Récamier. 1. Ce chirurgien fit une ponction par l'abdomen sur la ligne médiane et les 4/5 de liquide étant évacués, il fit sortir le trocart qui avait 18 pouces de longueur par le cul-de-sac utéro-rectal en traversant la paroi postérieure du vagin. Il établit une canule à demeure : au vingtième jour la malade mourut de péritonite compliquée de pneumonie.

(1) Traduction de JOHN CLAY, p. 164.

L'autopsie prouva qu'il y avait eu hémorrhagie par l'intestin et que le kyste communiquait avec le colon (1).

2. Cette observation d'un cas, peut être unique, où fut pratiquée cette opération en démontre en même temps les dangers.

5. Procédé de Boinet.

1. Boinet, à l'effet d'éviter les dangers inhérents aux moyens préliminaires pour amener une inflammation adhésive des parois du kyste, se sert d'une grosse sonde en gomme élastique qu'il introduit en place par la canule du trocart qui a servi à faire la ponction. — C'est aussi cette sonde qui forme la base de son traitement par les injections iodées comme nous le verrons plus tard; celle que conseillait déjà Forget, et pour les mêmes motifs, dans une consultation de chirurgie insérée dans *l'Union médicale* (2) et qu'avait indiqué Marjolin (3) dans un cas où après avoir placé une sonde en gomme élastique dans la canule du trocart laissé en place, il dut y renoncer par suite des phénomènes inflammatoires provoqués. — En outre, s'il faut en croire Leroy d'Etiolles (4), un médecin italien du nom de Tadini, aurait déjà, en 1835, eu recours à ce moyen pour la cure des kystes ovariques.

2. *Mode opératoire.* — *Gros trocart :* Dolbeau (5) emploie un trocart volumineux muni d'une canule portant de chaque côté de son extrémité deux anneaux pour permettre de le fixer à l'aide de lacets faisant le tour de l'abdomen. Cette modification du trocart ordinaire est inutile par le procédé que suit Boinet, car une fois la ponction faite, en suivant les règles déjà tracées plus haut, et plus minutieusement suivies encore dans ce cas-ci,

(1) Rapport de TAVIGNOT, 3e observ. de son mémoire : *Des hydropis.*, etc., cité. — H. BOURDON. *Encyclogr. des sciences médicales*, 1841, 4e série, t. VIII, p. 282. — *Recherches sur le traitement du cancer*, par RÉCAMIER, pl. II, fig. 4, vol. II, *Instruments nécessaires.* — *Rev. méd.*, fev. 1839. — *Annales de médecine belge et étrangère*, 1839, t. I, p. 234. — *Encycl. des sciences médicales*, 1839, 3e série, III, *G.*

(2) 1856, p. 603.

(3) *Dictionnaire de médecine en 21 volumes*, art. *Kyste.*

(4) Académie de médecine, 11 novembre 1856.

(5) *Loc. cit.*, p. 140.

une grosse sonde en gomme élastique est enfoncée dans le kyste, après l'évacuation d'une partie de son contenu qu'on tache de faire sortir en entier par le moyen d'aspiration pratiquée avec une seringue *ad hoc*. On pratique des lavages à l'eau tiède, ou même à l'éther s'il est nécessaire, pour dissoudre les matières grasses, et enfin des injections modificatrices iodées lorsque le kyste est vidé : dans ce cas, le séjour de l'iode sera maintenu plus longtemps que pour les injections iodées ordinaires. — C'est surtout au défaut d'injections convenables que Boinet attribue (1) l'inefficacité de la méthode ancienne, abandonnée comme inutile; parce que les liquides s'écoulaient difficilement au dehors et comme dangereuse par l'inflammation du kyste ou la péritonite rapidement mortelle qui en est fréquemment la conséquence. — Les mêmes accidents firent rejeter la sonde à demeure pour la ponction vaginale.

La sonde est fixée ensuite par un bandage de corps ou mieux par un bandage ombilical percé au centre de la pelotte : elle est obturée par un bouchon ou fosset qu'on retire aussi souvent qu'il est nécessaire. On devra avoir soin de ne pas trop enfoncer la sonde, dans la crainte que son extrémité interne ne reste toujours à la même place, et ne finisse par perforer la paroi du kyste.

Les lavages sont faits tous les deux ou trois jours, ou moins souvent. Ils seront plus fréquents, et même quotidiens, quand la matière de l'écoulement produira une mauvaise odeur, et dans ce cas, les injections iodées seront plus rapprochées.

Si la sonde se bouche (sang, matière desséchée), on pratique des injections d'eau tiède. — On ne procède au renouvellement de la sonde qu'au bout de sept, huit à dix jours pour permettre la formation d'adhérences et éviter ainsi tout danger de faire fausse route pour la nouvelle sonde. On imprime à la sonde qu'on va renouveler de petits mouvements de va et vient pour rendre son trajet plus libre, plus direct, et on ne permet pas le moindre mouvement à la malade en ce moment. Ce changement est opéré ensuite tous les huit, dix jours en augmentant peu à peu le volume de l'instrument.

(1) *Maladie des ovaires*, p. 235.

Quand l'épanchement péritonéal n'est plus à craindre, on remplace la sonde en gomme élastique par une sorte de sonde de femme en ivoire ou en platine, de 12 à 18 centimètres de long, plus renflée à son centre, à extrémité interne arrondie et percée de deux larges ouvertures latérales, et à extrémité externe munie d'un robinet d'argent ou de platine, ou simplement d'un bouchon ou fosset : la malade peut alors aller et venir.

Quand le kyste se vide mal ou qu'il y a des adhérences étendues, on peut, comme l'a fait Dolbeau dans le cas cité plus haut, agrandir l'ouverture par le bistouri en pratiquant une incision de plusieurs centimètres, et traiter le kyste comme un abcès.

Avant de cesser le traitement qui peut durer de plusieurs mois à plusieurs années, il faut s'assurer que le retrait du kyste est complet, car une seule cuillerée de liquide reproduit la tumeur.

Le nombre d'injections et le dosage de l'iode pour celles-ci, doivent être proportionnés aux conditions de retrait du kyste, de l'odeur que produit l'écoulement, etc.

3. Ce moyen de traitement est recommandé par Boinet (1) :

1° Pour les kystes uniloculaires à liquide épais, filant, visqueux, onctueux, gélatineux, albumineux.

2° Dans les kystes suppurés.

Piorry partage le même avis pour les kystes en suppuration : il conseille de donner issue au pus et de faire usage d'injections détersives au moyen d'une sonde en gomme élastique formant siphon (2). Comme nous le verrons plus tard, Demarquay essaie d'abord les injections iodées. Péan (3) a dû un beau succès à cette méthode dans un cas de kyste multiloculaire suppuré dont l'une des loges avait un contenu pileux.

Le kyste dermoïde menaçant de se rompre, peut aussi réclamer l'incision vaginale (4).

3° Quant aux kystes séreux ayant résisté à de nombreuses injections

(1) Société de chirurgie, 29 janvier 1862.
(2) Disc. académ. cité, 1856.
(3) *Loc. cit.*, 2° édit., p. 170.
(4) Courty. *Maladies de l'utérus*, p. 947.

iodées, nous ne croyons pas qu'on puisse suivre le conseil de Boinet, en essayant le traitement par la sonde à demeure qui, outre ses dangers et le long temps qu'elle réclame, n'offrirait pas plus de garanties pour l'efficacité du traitement : il vaut mieux dans ce cas recourir à l'ovariotomie s'il en est temps encore.

4. Le docteur Philippart, de Roubaix (1), a présenté quatre observations de kystes ovariques traités par cette méthode, mais elles sont fort peu probantes et manquent d'exactitude : d'ailleurs le succès n'a pas été grand : il renseigne deux morts et la troisième malade a subi des accidents qui ont mis sa vie en péril.

Krassowski dans deux cas de kyste multiloculaire, a eu recours à la canule à demeure avec robinet et appareil préservateur contre l'accès de l'air : il y eut suppuration, infection purulente et mort (2). West eut deux fois et Flügel une fois un résultat malheureux par cette méthode de fistule abdominale (3), tandis que Wild accuse sur trois cas, deux guérisons et une mort (4). Pagenstecher (d'Elberfeld), a guéri une femme de 26 ans qui avait quatre kystes : elle devint enceinte et accoucha d'un vigoureux garçon (5). Douglas (6) et Bryant (7) rapportent chacun un cas de guérison.

L'inflammation et la suppuration que l'opération tend directement à provoquer et à développer, et qui rendent l'infection purulente aigue toujours menaçante, sont des conditions qui doivent la faire restreindre aux indications limitées que nous avons désignées. — En outre l'ouverture permanente transforme rapidement les liquides séreux ou albumineux, en liquides sanguinolents ou purulents, de là le danger de ces fistules même lorsqu'on emploie les injections iodées, ainsi qu'il résulte des docu-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 92.
(2) *De l'ovariotomie*, p. 1.
(3) *Med. chir. Monatschr., u. z. w.*, 1861, I, 186. — West, *loc. cit.*, p. 661. — Voyez aussi le cas rapporté par Baker-Brown, *loc. cit.*, pp. 227 et 237.
(4) *Zeitschr. für Wündärtze, u. z. w.*, 1831, Heft. 1, und in *Med. chir. Monatschr., u. z. w.*, 1861, II, 73.
(5) *Rheinische Monatschr.*, feb. 1849.
(6) *Charleston Journal*, septembre 1851.
(7) *Guy's Hosp. Rep.*, XIV, 1869, p. 216.

ments recueillis par Fock sur l'inspiration de son maître Langenbeck (1).

Dolbeau attribue la mort de la malade de Briquet (par infection putride) à l'irritation apportée incessamment par la membrane qui se forme au moyen de la combinaison de l'iode avec les matières albumineuses qui s'épanchent à la surface interne du kyste.

Dans la statistique rapportée par Velpeau dans la discussion académique de 1856, sur 130 cas d'injection iodée il y aurait eu 64 guérisons et 30 morts et sur ceux-ci, vingt fois la canule a été maintenue en place : ce que confirmeraient également les faits cités par Robert (2), Briquet (3) et Fock (4).

Chassaignac s'est élevé également contre la présence des corps étrangers à demeure dans le traitement des kystes (5).

5. Lorsqu'il s'est agi de la ponction vaginale nous y avons traité de l'établissement de la canule à demeure après cette opération : nous y renvoyons le lecteur.

TROISIÈME INDICATION. — MODIFIER, IRRITER LES PAROIS DU KYSTE DE FAÇON A EN PRODUIRE L'ADHÉSION PAR INFLAMMATION OU DÉFAUT DE SÉCRÉTION.

On peut y parvenir par les moyens suivants :

1° Le procédé d'Aug. Bérard.

2° L'électricité.

3° L'acupuncture.

4° Les caustiques.

5° Les injections irritantes.

I. PROCÉDÉ D'AUG. BÉRARD.

Consiste à enfoncer dans le kyste une longue aiguille avec laquelle on pique, on larde, on excite sa surface interne pour favoriser la résorption

(1) *Ueber die operative Behandl. der ovar. Cyst.* Berlin, 1856, in-8°.

(2) Voir Dutard. *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 75.

(3) Dolbeau, in *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 778.

(4) In Becquerel, *loc. cit.*, II, 266.

(5) Société de chirurgie, 29 janvier 1862.

du liquide. — Pour les deux cas dans lesquels l'auteur a pratiqué cette opération il n'a obtenu qu'une amélioration passagère et incomplète (1).

II. — ÉLECTRICITÉ.

Le docteur Namias, de Venise (2), dans un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, plongea deux trocarts à droite et à gauche de la tumeur : il en a extrait ensuite les poinçons : chaque canule, préalablement obturée par un bouchon, fut mise en communication avec les réophores d'une pile galvanique de 55 éléments et chargée d'eau fortement salée : pour obtenir un courant d'une intensité constante, il transporta toutes les trois minutes les fils conducteurs de cette pile aux pôles d'un autre électromoteur de même force, de façon à laisser reprendre son énergie première au premier appareil par l'interruption du courant. L'opération dura trente minutes et ne fut suivie d'aucun accident. L'ascite qui compliquait le kyste fut traitée par la paracentèse qui donna issue à 12 kilog. de sérosité limpide. La ponction du kyste avait donné issue à un kilog. de liquide filant, jaune brun. Il y avait en même temps affection organique grave du cœur qui finit par emporter la malade. L'autopsie démontra la cure radicale du kyste.

2. Jobert de Lamballe (3) avait également proposé de faire passer des courants électriques dans le contenu du kyste, au moyen d'aiguilles à acupuncture, pour obtenir la coagulation sans aucun travail inflammatoire.

3. L'électricité a été employée également avec succès pour la cure de l'hydrocèle, tumeur qui a tant d'analogie avec le kyste de l'ovaire, par Rudolphi (4), Pétrequin (5), Delstanche (6), Gamberini (7).

(1) GRISOLLE. *Pathologie interne*, 5e édit., II, 374.
(2) JANSSENS. Extrait d'un mémoire italien de NAMIAS, in *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1860, II, 160.
(3) Disc. academ. cité, 1856.
(4) *Presse médicale*, 1857, 413.
(5) *Ibid.*, 1859, 77.
(6) *Journ. de la Soc. des sciences méd.*, etc., *de Bruxelles*, vol. XXIX, p. 22.
(7) *Bullet. della scienze mediche*, 1860, p. 100.

4. C'est un moyen qui n'est pas encore jugé et qui, comme le suivant, a besoin de la consécration de l'expérience (1).

III. ACUPUNCTURE.

Elle aurait réussi entre les mains de certains chirurgiens, au rapport de Richelot et de Chéreau (2). On peut aussi, dans la thèse de Cazeaux, lire une observation que rapporte Bouchut et contenant tous les détails de ce procédé (3). La communication de Trousseau à l'Académie impériale de Paris à propos de son procédé est également appuyée par une observation (4).

IV. CAUSTIQUES.

1. Pidoux, qui accorde une grande confiance à ce moyen (5), conseille d'enceindre le kyste dans un cercle de cautères et au centre, de placer un large et puissant cautère ou bien une traînée cruciale de caustique de Vienne en deux ou trois fois, de manière à déterminer une inflammation générale ou successive de la cavité kystique qui la comblerait de productions solides ou en enrayerait beaucoup le développement.

2. Il réserve ce moyen pour les kystes gros comme une tête de fœtus, mobiles, lents à se développer, uniloculaires, séreux; quand la femme jouit d'une bonne santé et paraît devoir vivre encore cinq à dix ans.

3. Les réflexions judicieuses de Courty que nous rapportons à propos de l'excision proposée par Piorry, nous semblent trouver leur application rigoureuse ici encore : il faut être sûr du succès pour attaquer, avec des indications si peu pressantes, une tumeur que gêne encore si peu les fonctions, et cela par un moyen dont on ne peut se dissimuler les dangers.

4. Voici un fait curieux, où l'application des caustiques a parfaitement

(1) Voyez TH. CLEMENS. *Die angewandte Heil. Elektrizität*, in *Deutsche Klin.*, nr 27, s. 271. und nr 51.

(2) *Union médicale*, 1849, p. 347.

(3) *Encycl. des sciences médicales*, 1844, t. CXLVIII, p. 79.

(4) *Bulletin général de thérapeutique*, 1863, t. LXIII, p. 317.

(5) *Note sur les kystes*, etc. *Union médicale*, 1856, pp. 349, 353.

réussi, mais qui doit se présenter trop rarement pour en faire la base d'une règle de traitement :

Une malade, atteinte de kyste multiloculaire de l'ovaire droit, et traitée successivement dans le service de Piorry, Raynaud, Maisonneuve, avait été ponctionnée à plusieurs reprises : des injections de teinture d'iode avaient déterminé des accidents d'iodisme : le liquide était devenu purulent et chaque fois que la poche se remplissait, apparaissaient, vers l'une ou l'autre articulation, des accidents semblables à ceux qu'on a décrits sous le nom de *rhumatisme génital*. Quand la malade arriva dans le service de Maisonneuve, il y avait état hectique des plus avancé : toux, diarrhée, perte d'appétit : elle était regardée comme phthisique. Maisonneuve profita des adhérences étendues qui unissaient le kyste aux parois abdominales, y introduisit trois longues flèches caustiques : dès lors, tout alla bien : l'état général devint satisfaisant et le kyste revint sur lui-même : 15 jours après, suppuration tarie, plaie extérieure fermée et femme guérie (1).

V. DES INJECTIONS IRRITANTES.

L'idée de produire l'inflammation adhésive des parois du kyste a dû nécessairement faire penser aux injections pratiquées dans cette poche préalablement évacuée, avec des substances plus ou moins irritantes.

Nous examinerons cette méthode sous deux chefs principaux :

Des injections irritantes diverses qui ont précédé l'emploi de l'iode, et :

Des injections iodées, qui ont pris aujourd'hui un rang si important dans le traitement des kystes de l'ovaire.

A. DES INJECTIONS IRRITANTES PRATIQUÉES AVEC DES SUBSTANCES AUTRES QUE L'IODE.

1. On y a insufflé *de l'air* après la ponction (2), à l'exemple de ce que fit

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867, n° 127.

(2) SAMEL. *Hufeland's Journ.*, oct. 1830. — HOUSTON. *Philos. Transact.*, vol. XXXIII, p. 5.

l'Homme pour l'ascite (1), car, ainsi que le remarque Velpeau (2), la *vapeur de vin* qu'il croyait injecter n'était en définitive que de l'air.

2. Scudamore, cité par Licars (3), injecta du *vin d'Oporto* chez sa malade, qui mourut après deux semaines. Dans le fait rapporté par Denman, la femme traitée par le même moyen, mourut au bout de six jours (4).

3. Dans le cas rapporté par Marjolin (5), où une injection d'*eau d'orge miellée,* après ponction faite avec un trocart d'une ligne de diamètre, produisit une vive douleur, de la péritonite et la mort, il ne doit pas y avoir de doute, le liquide n'avait pas pénétré dans le kyste, soit par erreur de diagnostic, soit par imperfection des instruments ou du mode opératoire.

4. Le docteur Rigollot, après une ponction chez une femme de 23 ans et qui donna issue à 12 livres de liquide purulent, fétide, de couleur verte, en fit une seconde 20 jours après, puis pratiqua une injection de *décoction de feuilles de plantain et de roses rouges aiguisée avec un peu de vin :* violentes douleurs, fièvre, vomissements, tuméfaction du ventre et finalement guérison (6). — Reste à savoir si on ne peut élever de doutes sur le diagnostic : y avait-il kyste ou simplement collection purulente du bassin?

5. En 1833, Alexandre A. Carr a l'idée de ponctionner et d'injecter les kystes de petit volume siégeant à la face, à la tête, au cou, avec une substance irritante (*eau de vie de grains*), mais il ne regarde pas cette méthode comme applicable aux tumeurs d'un grand volume (7).

6. Dohloff injecte du *vin rouge* une première fois sans résultat : deux jours après du *nitrate acide de mercure en solution étendue:* pas de

(1) *Archives générales de méd.*, XIII, p. 282.

(2) *Médecine opératoire*, II, 294, 1840, 5e édit. Bruxelles.

(3) BOIVIN et DUGÈS, *loc. cit.*, et *Archiv. générales de méd.*, art. *Lizars*, 1828, t. VIII, p. 437 et suivantes.

(4) DUPLAY. *Du traitement des kystes de l'ovaire par l'injection iodée. Arch. générales de méd.*, fév. 1853. — *Encycl. des sciences méd.*, 1833, t. CCXLVII, p. 151.

(5) *Dictionnaire en 21 volumes*, art. *Kyste*, 1825, t. XII, p. 513. — THAÈRE. Thèses de Paris, 1839, n° 83.

(6) *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Lyon*, in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, art. 443, 1832.

(7) *The Lancet*, 22 déc. 1838.

symptômes locaux : la malade expire, 5 jours après, d'épuisement (1)

7. Magendie, dont l'observation est rapportée par Gigon (2), après deux ponctions simples restées sans résultat, injecte du *vin chaud* : péritonite et guérison radicale.

8. Holscher débarrasse une malade par une injection de 2 litres de vin pratiquée après la ponction (3) : elle guérit en trois mois : le liquide était épais et de couleur chocolat.

9. Enfin on a injecté encore : une solution de nitrate d'argent, une solution faible de potasse caustique (4), de l'eau alcolisée (Jobert), de la teinture de cantharides étendue (5), une solution d'un sulfite alcalin (6) de l'alcool camphré, etc. (7).

Clément Olivier a injecté une solution de nitrate d'argent : la femme sortit de l'hôpital non guérie : dans un second cas, une injection de bichlorate de fer, avec sonde à demeure pendant 12 jours et suivie alors d'une nouvelle injection de même nature, guérit radicalement la malade (pas de récidive au bout de 3 ans) Dans aucun de ces cas, il n'y eut de symptômes d'intoxication (8).

B. DES INJECTIONS IODÉES (9).

« Toujours est-il que la méthode des injections deviendra un bon moyen de guérir une infinité de collections séreuses, synoviales, hématiques, d'hydropisies, contrairement à ce que l'on croyait avant moi, et qu'on devra les appliquer à une foule de régions d'où on les avait proscrites. »

(Velpeau).

ARTICLE PREMIER. — HISTORIQUE.

1. Velpeau dès 1839, prévoyait déjà le succès des injections iodées

(1) *Expérience*, mai 1838.

(2) *Exper.*, 1840, VI, p. 165. — *Encycl. des sciences méd.*, 4e série, vol. III. p. 301, 1840.

(3) *Archives*, 1838, I, 224. — *Hannoversch. Annal.*, 1837, II Bd, 1 Heft. — Velpeau. *Méd. opér.*, II, 1840. Bruxelles, 5e édition, p. 297.

(4) *Compend. de méd.*, III, 632. — Courty. *Malad. de l'utérus*, p. 946.

(5) Ollenroth. *London medical Gazette*, 1835.

(6) Gritti. *Annal. univers. di medic.*, 1864, p. 275.

(7) Sère de Muret. *Journal de médecine de Toulouse*, 1855.

(8) *Quelques réflexions sur les kystes de l'ovaire. Gazette des hôpitaux*, n° 98, 1861.

(9) Nous puiserons largement, pour cet article, dans les ouvrages de Boinet (*a*), dont le nom restera éternellement attaché à ce moyen de traitement des kystes ovariques.

(*a*) *Malad. des ovaires. — Iodothérapie. De l'emploi méd.-chir. de l'iode et de ses composés.* Paris, 1855. — *De la cure radicale de l'hydropisie de l'ovaire par les injections iodées*, in *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1852. — *Bulletin de thérapeutique*, août 1852.

pratiquées dans les kystes de l'abdomen (1) : « ce que j'ai vu des injections iodées dans l'hydrocèle et les kystes séreux, dit-il, me porte à penser qu'elles offriraient plus de chances de succès que le vin dans l'ascite et les kystes de l'abdomen. »

2. D'après Churchill (2), A. C. Williams, de Londres, et le docteur Alison, d'Indiana (3), seraient les premiers qui auraient tenté les injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire : le premier perdit sa malade d'une affection intercurrente. Alison fit d'abord une large ponction et introduisit une tente dans la plaie, l'écoulement diminua mais devint puriforme. C'est alors qu'il se décida à y faire des injections iodées (dont il ne donne pas les proportions) qui développèrent des symptômes très-alarmants mais qui se calmèrent en quelques jours : la femme guérit, mais la plaie n'était pas encore cicatrisée au bout de deux ans (4). Il y a loin de cette observation à la méthode de Boinet comme on le voit. Robert, d'après certains auteurs, le premier en France, aurait tenté ces injections (5), Boinet n'en serait que le vulgarisateur (6).

3. Boinet proteste contre cette allégation et renvoie pour prouver la priorité en sa faveur, à son mémoire sur la valeur des injections iodées dans la thérapeutique chirurgicale (7) et à l'iodogénésie de Dorvault (8).

(1) *Traité de médecine opératoire*, IV, pp. 7 et 13. — Voyez WEST, *loc. cit.*, p. 666.

(2) *Loc. cit.*, p. 620.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, p. 88, t. XXXVI, 1849. — *Journal des connaissances méd.-chir.*, août 1849.

(4) *Philadelph. med. Examin.* — *The Lancet.* — *Bulletin gén. de thér. méd. et chir.*, 1849, t. XXXVI, p. 88. — *Enc. des sc. méd.*, 1849, t. CCV, p. 233.

(5) *Rev. méd.-chir.*, 1851, p. 79. — *Traitement des kystes fibro-séreux de l'ovaire par des injections iodées*, par le docteur E.-A. THOMAS (thèse de doctorat). D'après les trois observations faites dans le service de Robert, l'auteur conclut qu'il faut laisser la canule du trocart fort longtemps (jusqu'à trois mois) en place : il n'a jamais vu d'intoxication et regarde la fistule qui persiste souvent comme infiniment moins pénible que les symptômes amenés par la tumeur qui grossit toujours. (Voyez aussi *Archives générales de médecine*, 1852, 4e série, t. XXVIII, p. 227, et SCHMIDT's *Jahrb.*, 1851, n° 6, p. 327.) Outre les trois observations de Robert, Thomas emprunte celles d'Alison et de Marchal de Calvi. Or, s'il faut en croire Desormeaux (thèse citée, p. 36), des trois malades soi-disant guéries dans le service de Robert, deux ont succombé après leur sortie de l'hôpital, l'une de marasme et l'autre de péritonite : chez toutes, la plaie était demeurée fistuleuse.

(6) HERRERA, VEGAS, *loc. cit.*, p. 33. — *Bulletin général de thérapeutique*, 30 août 1852.

(7) *Gazette médicale de Paris*, 1849. — Voir *Maladies des ovaires*, note p. 241.

(8) 1850, p. 208.

Monod le premier l'aurait suivi dans cette voie en **1849** (1), C'est au **25** novembre **1847** que Boinet rapporte sa première opération de ponction avec injection iodée qui fut suivie de succès et dont il donne les détails dans son traité des *Maladies de l'ovaire* (2). Néanmoins Marchal de Calvi, en **1844**, dans une thèse de concours pour l'agrégation, mentionne une tentative faite en **1838** par Ricord qui, avec Béraud et Gerdy, injecta une solution de teinture d'iode, à **16** p. c., dans un kyste ovarique. D'après Desormeaux (3), qui rapporte aussi le fait, la tumeur aurait reparu.

ARTICLE DEUXIÈME. — MANUEL OPÉRATOIRE.

1° La ponction est faite avec le gros trocart à empyème et avec toutes les précautions que nous avons décrites minutieusement à propos de la ponction simple.

2° La tige du trocart étant retirée, on laisse écouler les trois quarts du liquide de lui-même.

3° On introduit alors dans la canule une sonde en gomme élastique qui la remplisse exactement, et coupée en bec de flûte à l'extrémité qui pénètre dans le kyste.

4° Si le liquide n'est pas parfaitement clair, on injecte à plusieurs reprises de l'eau tiède pour laver le kyste.

5° On pratique alors l'injection iodée qu'on laisse séjourner cinq à dix minutes pendant lesquelles on malaxe le kyste avec les mains et en donnant diverses positions à la malade.

(1) MONOD et DUPLAY réussirent, le 27 février 1852, sur une femme de 65 ans avec l'injection Guibourt (eau, 100 p.; alcoh., 50; iode, 5; iodure pot., 5). Le docteur Duplay, dans son travail (*Du traitement des kystes de l'ovaire par l'injection iodée*, in *Arch. gén. de méd.*, 5e sér., t. I, p. 196, 1853) formule l'efficacité et même l'innocuité des injections iodées (Voyez aussi *Gazette hebdomadaire*, 1855, p. 498).

Peu de temps après, dans le service de Boys de Loury, à l'hôpital Saint-Lazare, Rossignol obtint également un succès.

(2) P. 214.

(3) *Loc. cit.*, p. 28.

6° La seringue qu'on a laissée appliquée exactement sur l'extrémité externe de la sonde, opère l'extraction du liquide d'injection et fait le vide aussi complet que possible dans le kyste.

7° Retrait de la sonde. Pendant toute cette dernière manœuvre, la seringue est toujours maintenue en position et continue à aspirer le contenu de la tumeur. On glisse le pouce et l'index de la main gauche le long de la sonde jusqu'au point où elle sort du ventre, et par des pressions douces et ménagées on met les parois abdominales en contact avec la paroi du kyste. — Un aide retire alors vivement la sonde pendant qu'on continue les pressions sur le ventre avec la main gauche et qu'on fait le vide avec la seringue de la main droite.

8° Le reste du manuel opératoire et le pansement ont été indiqués à propos de la ponction simple : nous y renvoyons.

Revenons sur quelques-uns des points que nous venons d'indiquer :

Trocart. — Sp. Wells, dans le but de s'opposer à l'introduction de l'air dans la cavité kystique, avait imaginé un instrument spécial (pl. VII, fig. 7) (1).

L'instrument a 14 pouces de long (30 centimètres) : il est recouvert par une canule en gomme élastique : on se sert du trocart à la façon ordinaire, dès que le dard est retiré, la canule est enfoncée de façon à pénétrer jusqu'au centre du kyste : une seringue, un robinet à arrêt et un vase gradué pour contenir la solution d'iode, sont disposés de façon à pouvoir enlever la dernière goutte du liquide ovarique et en même temps empêcher l'entrée de l'air dans la cavité pendant que le liquide s'échappe, que la solution iodée pénètre, et qu'une partie de celle-ci est enlevée.

Boinet recommande un trocart volumineux en vue d'abréger le temps de l'opération et de permettre un écoulement plus facile du liquide kystique, surtout lorsque celui-ci est dense, épais ; mais cet inconvénient doit compter pour peu de chose en regard des dangers que peut faire courir l'emploi d'un instrument volumineux : il serait préférable, pour des raisons énoncées antérieurement, de se servir du trocart de Nélaton, dont

(1) *Journal de médecine et de chirurgie*, etc., *de Bruxelles*, 1863, II, 218.

le diamètre (3 millimètres) permet un écoulement assez rapide d'un liquide même épais : du reste, comme nous le verrons plus tard, les kystes dont le contenu est de cette nature contre-indiquent l'usage des injections iodées et ne doivent pas, conséquemment, être en cause. Ce trocart de Nélaton peut aussi recevoir la sonde en gomme élastique sur laquelle Boinet insiste beaucoup, mais qui paraît inutile à Nélaton ainsi qu'à Dolbeau (1) qui recommande seulement d'employer un long trocart pour éviter que par le retrait de la tumeur l'instrument ne s'échappe.

Il faut néanmoins reconnaître avec Boinet, que la sonde en gomme élastique présente des avantages assez sérieux pour la faire conserver, effectivement :

1° En pénétrant profondément dans le kyste, elle ne l'abandonne jamais dans son retrait.

2° Elle s'applique plus exactement sur la seringue pour l'injection et pour l'évacuation de la teinture d'iode en même temps que du liquide kystique quand celui-ci est épais et d'un écoulement difficile (2).

3° Elle permet une malaxation plus exacte du kyste sans crainte d'épanchement d'iode dans le péritoine et en même temps, ajouterons-nous, sans faire craindre la perforation de la paroi, comme cela peut arriver avec le long trocart rigide de Dolbeau, par suite des pressions exercées par l'aide pour mettre toute la poche en contact avec la canule, dont le danger est encore augmenté par la pression continue exercée par la seringue y adaptée. Aussi Pidoux s'élève-t-il contre l'usage de la seringue, du moins dans ces conditions, car il rapporte avoir vu un cas de péritonite suraiguë provoquée de cette façon (3).

Injection. — 1. D'après Boinet, il ne faut jamais injecter plus de 100,120 à 150 grammes de liquide iodé, et que le kyste soit grand ou petit, sa formule est celle-ci :

(1) *Loc. cit.*, p. 146.

(2) Les meilleures seringues pour l'aspiration d'un liquide épais par la sonde élastique, sont celles en ivoire noirci, fabriquées par Charrière (MIRZA ALI NAGHI. Thèse cité, p. 55).

(3) *Loc. cit.* (*Note sur les kystes*, etc.).

℞ Aq. dist. . . . . . . } ãã 100 grammes.
Tinct. iod. . . . . . }
Iodurет. pot. . . . . . 4 à 5 —
Vel : Acid. tannin . . . . . 2 à 4 —

Dans le cours du traitement, à mesure que s'opère le retrait du kyste, on augmente progressivement la dose de la teinture d'iode et on arrive à faire usage de teinture d'iode pure.

2. L'injection qu'adopte Nélaton (1) est celle qu'il met en usage pour l'hydrocèle :

℞ Tinct. iod. . . . . 2/3 }
Aq. dist. . . . . . 1/3 } Dose : 100 à 150 grammes.
Iod. pot. . . . . . . Q.S. }

Il débute souvent par une injection d'eau légèrement iodée pour laver l'intérieur du kyste et rendre la modification plus sûre.

3. Dolbeau (2) injecte de l'eau tiède, en quantité moindre de 1 à 2 litres que celle du liquide évacué, pour nettoyer la poche du liquide visqueux et adhérent aux parois et qui empêche l'effet de l'iode : on malaxe légèrement, puis on évacue.

On injecte alors la teinture d'iode :

℞ Aq. dist. . . . . . } ãã p. æq.
Tinct. iod. . . . . }

en même quantité que l'eau tiède, c'est-à-dire de 1 ou 2 litres de moins que le liquide kystique évacué.

Les gaz que l'on peut introduire par la seringue dans le kyste ne sont pas dangereux, dit Dolbeau : ils provoquent le gargouillement et sont résorbés.

4. Velpeau (3), qui conseille de ne pas s'obstiner à obtenir la dernière goutte du liquide kystique, injecte de l'iode pur, s'il reste une partie du contenu. Si le kyste, au contraire, est complètement vidé, il injecte de la

(1) Delstanche. *Visite*, etc. (*Journal de la Société des sciences médicales*, etc., *de Bruxelles*, 1860, I, 250.)
(2) *Loc. cit.*, p. 146.
(3) Disc. acad. du 13 janvier 1857.

teinture avec 1/2 d'eau et 1/20 d'iodure de potassium et à la température ordinaire.

5. Sp. Wells (1) se sert d'une solution aqueuse d'iode additionnée d'iodure de potassium : il la préfère à la solution alcoolique, car l'alcool, d'après lui, empoisonne plus rapidement que l'iode : voici sa formule :

℞	Iode.	℈ j.
	Iodur. pot.	℈ s.
	Aq	℥ i.

1 ou 2 onces de cette solution pour un kyste de 7 à 8 litres; 10 ou 12 onces pour un kyste de 15 à 30 litres.

6. West emploie 100 p. d'eau, 50 p. d'alcoh. et 5 p. d'iode : il laisse le liquide séjourner pendant dix minutes dans le kyste.

Il est toujours préférable de faire sortir l'injection iodée au bout de quelques minutes. Sur 3 cas rapportés par Teale (2) de séjour prolongé du liquide, 1 fut mortel et dans les deux autres il y eut perte de connaissance de 14 à 15 heures. — On a noté les mêmes accidents dans les cas de B. Brown à Mary's Hospital (3) et de West à St-Bartholomew's Hospital (4).

ARTICLE TROISIÈME — ACTION DE L'IODE.

1. Selon Boinet (5), la guérison n'a pas lieu par inflammation adhésive comme on l'a cru et écrit, mais parce que l'iode apporte une modification toute spéciale à la surface du kyste dont les sécrétions morbides sont changées dans leur nature : la poche se retracte, diminue peu à peu de capacité en revenant sur elle-même et en cessant de sécréter du liquide.

2. D'après les expériences de Fock (6), il se produirait à l'intérieur

(1) Jottrand et Bottaro, *loc. cit.*
(2) *Medical Times*, 31 jan. et 7 febr. 1851.
(3) *Lancet*, 21 marz 1857, p. 290.
(4) P. 669.
(5) *Malad. des ovaires*, p. 268.
(6) *Loc. cit.* et *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 789.

du kyste une inflammation assez vive pour produire un épanchement et non une suppuration : il n'y aurait donc pas d'action spécifique.

3. Pour Forget (1), outre l'action topique qu'il exerçe sur les parois du kyste, l'iode se combine avec les principes immédiats tenus en dissolution dans les liquides morbides qui se secrètent à nouveau, modifie radicalement leurs propriétés au point de les rendre imputrescibles même au contact de l'air, et leur enlève ainsi toute aptitude malfaisante sur l'économie (2) : ce nouveau liquide serait donc, jusqu'à un certain point, doué de vertus médicales et aiderait à la pénétration de l'iode dans l'organisme.

4. L'iode a la propriété de modifier les surfaces altérées et d'y rétablir l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption, ainsi qu'Abeille (3) l'a démontré le premier, en 1849, et que l'ont confirmé plus tard les recherches microscopiques de Hutin sur des individus opérés d'hydrocèle.

5. Pour Jobert (4), la teinture d'iode est un antiphlogistique précieux, provoque un dépôt de lymphe plastique dont la résorption se fait plus ou moins promptement, excite l'adhésion des parois et amène ainsi parfois la guérison radicale des kystes.

6. Dans un cas de kyste volumineux (7 litres de liquide), séreux, sans complications, chez une femme de 39 ans, traitée dans le service de M. Briquet en décembre 1855 par la ponction et l'établissement d'une fistule permanente et des injections iodées, la mort survint par infection putride. A l'autopsie, M. Dolbeau trouva la face interne du kyste tapissée par une sorte de membrane d'une couleur jaunâtre très-résistante et d'une épaisseur variant de 1 à 5 millimètres : elle était évidemment formée par une combinaison d'iode et de matières organiques (iodo-albumineux). Ce serait probablement là un obstacle à la guérison du kyste, la résorption de ce produit devant être très-lente et ne pouvant se faire que par le passage de l'iode à l'état d'iodure ou d'iodate insoluble. Cette membrane doit agir

(1) *Union médicale*, 1856, p. 603.

(2) ROBERT regarde aussi l'iode comme le meilleur antiputride (DESORMEAUX, thèse citée, p. 35).

(3) Disc. acad. du 11 novembre 1856, et de VELPEAU, 13 janvier 1857.

(4) *Leç. clin. de l'Hôtel Dieu. Gaz. des hôp.*, 1856, p. 306.

comme corps inerte de même que l'iode en certaine proportion qui reste suspendu dans le liquide.

Si le kyste renferme des fausses membranes, écrit Briquet dans une lettre adressée au rédacteur de la *Gazette hebdomadaire*, à propos de l'article de Dolbeau (1), sous l'influence de l'injection iodée et du contact de l'air, il y a formation d'un corps solide, dur, véritable corps étranger inorganisable et obstacle invincible à l'adhésion des faces opposées du kyste.

Quand il n'y a pas de fausses membranes, mais un produit albumineux qui s'exhale constamment à la face interne du kyste, si l'air n'intervient pas pendant l'injection, l'iode transforme la portion d'albumine de l'épanchement, le condense en couches sur les parois du sac ou en dépôts aux parties déclives : il y aurait là plutôt un moyen d'oblitération des bouches exhalantes des kystes et de formation d'adhérences entre les parois opposées de ces cavités.

Ces explications excluraient donc les injections répétées, mais ne font que changer l'interprétation du *modus agendi* de l'iode.

ARTICLE QUATRIÈME. — EFFETS DES INJECTIONS IODÉES (2).

1. Il est impossible, dit Shuh (3), de prévoir les premiers effets de l'injection iodée, très-variables chez la même malade.

1° Parfois elle ne donne lieu à aucune sensation.

2° Dautres fois c'est une chaleur légère, mais sans coliques, ni douleurs, et dûe :

a) A la piqûre du trocart.

b) A la présence de la sonde dans l'ouverture faite par l'instrument.

3° Ailleurs, c'est une chaleur assez forte : cuisson, douleur vive. Quelques gouttes de teinture touchent le péritoine et le trajet de la piqûre du trocart en retirant la sonde, ou s'écoulent le long de celle-ci quand elle est placée.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 24.
(2) *Maladie des ovaires*, p. 274.
(3) *Canstatt's Jahresb.*, vol. IV, 1860, p. 401.

4° Enfin la chaleur peut être plus vive, les douleurs plus cuisantes, plus persistantes : on doit craindre une péritonite légère : peau chaude, fièvre plus ou moins forte, ventre plus ou moins sensible : repos, cataplasmes laudanisés, badigeonnage iodé, collodion riciné, frictions mercurielles.

5° *Ivresse iodique.* Au bout de quelques minutes, d'autres fois après plusieures heures, rarement à l'instant même, la malade peut éprouver un goût particulier, désagréable, d'iode, à la bouche: rarement nausées, envies de vomir: quelquefois aussi céphalalgie plus ou moins forte, malaise, inquiétude générale : d'autres fois, agitation, insomnie : tout cela disparaît généralement dans les 24 heures, ne dure jamais deux ou trois jours : cela n'a pas d'importance et ce serait là, d'après Boinet, en quoi consisterait l'empoisonnement dont on fait un des reproches les plus sérieux à sa méthode.

Pidoux divise les accidents en deux classes de symptômes qu'il décrit comme suit :

a) *Iodisme.* Dans un cas observé par l'auteur (1), il y eut frisson très-intense dès le lendemain de l'injection : prurit féroce de toute la peau, érythème de la face avec œdème aigu et tuméfaction considérable des paupières : ophthalmie sèche, coryza violent, enrouement, angine, toux, céphalalgie, abattement, malaise inexprimable, soif inextinguible, anxiété, etc. Le liquide s'écoulant par la sonde laissée à demeure avait une odeur très-prononcée d'iode : bulles d'air nombreuses et fétides sortant avec le liquide.

Puis vinrent les accidents de l'infection putride : amaigrissement rapide, sécheresse terreuse de la peau, frissons irréguliers, dysentérie horrible, refroidissement cholériforme, mort 10 jours après (2).

b) ***Phénomènes de sidération et de choléra sec à la manière des poisons violents.*** — Après une injection iodée bien faite dans le kyste,

(1) Thèse de DESORMEAUX sur le traitement des kystes de l'ovaire, 1854, p. 37. — Voir aussi *Note*, etc., cit.

(2) Le professeur SANTESSON, de Stockholm, a observé également l'iodisme. — MAGNUS HUSS. *Cas de mal. rares*, etc. (*Archives générales de médecine*, 1857, 5e série, t. X, p. 17).

Pidoux entendit la malade se plaindre d'une vive douleur dans le ventre : gémissements cruels, face pâle, grippée, refroidissement général et absence du pouls, puis : vomissements, constriction douloureuse à la gorge, urines supprimées, ténesme sec continuel, toux férine et stridente : les urines retirées par la sonde fortement chargées d'iode. — Les douleurs abdominales cédèrent rapidement, ce qui doit faire rejeter l'idée de péritonite : la réaction ne s'établit qu'au bout de deux jours et la malade ne put se lever qu'au dixième jour : la sécheresse et la constriction du pharynx persistèrent longtemps encore.

Comme on peut en juger, ces accidents sont d'une gravité autrement accusée que ceux rapportés par Boinet, mais les exemples en sont rares et ne suffisent conséquemment pas pour faire rejeter une méthode appelée à rendre de grands services (1).

Le docteur Reinhold Lôwenhardt, de Prezlau observa un cas de mort quatorze heures après une injection iodée (aq. dist. ℥ij s. — Kali iodati ℈ ß) chez une femme de 41 ans, et chez laquelle l'autopsie ne démontra pas d'inflammation : il attribua la mort à l'impression du système nerveux, analogue à celle que produit le chloroforme (2).

6° *Inflammation des parois du kyste.* — Comme nous l'avons déjà rapporté, Boinet n'admet pas, pour les kystes, la moindre susceptibilité inflammatoire : c'est une poche inerte, véritable parasite de l'économie dans laquelle l'injection ne produit même pas de douleur : or, c'est d'après Pidoux parce que précisément ils sont étrangers à l'organisme, qu'ils jouissent d'une vie inférieure, qu'ils sont plus altérables et possèdent moins de résistance vitale : il a la persuasion que beaucoup d'accidents dûs à l'inflammation brusque du kyste, ont été mis sur le compte de la péritonite : nous avons déjà traité cette question à propos de la ponction simple.

7° La *gangrène* que Boinet déclare n'avoir jamais rencontrée et dont nous n'avons pu nous même trouver d'exemples dans les auteurs, ne

(1) D'après West, on n'aurait observé l'*iodisme* que dans les cas où l'on a fait usage de la solution aqueuse d'iode : l'addition d'une certaine quantité d'alcool retarde l'absorption du médicament (*loc. cit.*, p. 674).

(2) *Med. chir. Monatschr., u. z. w.*, 1861, I, 163. — *Monatschr. f. Geburtsk.* vol. XVI, p. 241.

doit cependant pas être un accident impossible du moment où l'inflammation des parois du kyste est admise et vérifiée par des autopsies.

ARTICLE CINQUIÈME. — DES ACCIDENTS QUE PEUVENT PRODUIRE LES INJECTIONS IODÉES.

1. Boinet a la conviction qu'ils sont dûs à des erreurs de diagnostic ou à la maladresse du chirurgien : dans d'autres cas enfin il y aurait observation mal faite (1), ainsi :

1° Le kyste est compliqué d'ascite reconnue ou non.

a) La ponction ne pénètre que dans la cavité péritonéale dans laquelle on pousse ensuite l'injection; d'où péritonite souvent rapidement mortelle : on peut lire deux observations de cet accident dans le *Times med. and Gaz.* (2).

b) La ponction pénètre dans le kyste; en retirant la sonde, nouveau jet de liquide. On suppose alors avoir traversé une nouvelle poche en ponctionnant la première; en ce cas :

α) Ou l'on fait une nouvelle injection, mais cette fois dans le péritoine : péritonite mortelle;

β) Ou l'on ponctionne à nouveaux frais ce que l'on croit une seconde poche et on injecte : même résultat.

γ) Enfin on n'a pas pris les précautions voulues pour comprimer l'ouverture du kyste, ce qui est plus important encore dans ce cas spécial; et du liquide injecté dans le kyste tombe dans le péritoine au moment du retrait de la sonde; d'où accidents analogues.

2° Le kyste est formé de plusieurs poches à peu près égales en grandeur :

a) L'une de ces poches a pu se rompre et :

α) Son contenu s'écoule entre les poches kystiques : péritonite attribuée à l'injection.

β) L'injection poussée dans cette poche peut aussi pénétrer dans le péritoine.

(1) *Mal. des ovaires*, p. 269.
(2) 18 octobre 1856.

Quand on trouve ce liquide dans les intestins, on est tenté d'accuser l'opérateur d'avoir commis une faute grave comme lorsqu'on trouve le liquide de l'injection épanché dans le péritoine : or, l'observation de Füller (1) où l'on trouva à l'autopsie un kyste énorme dont la paroi postérieure était détruite et sa cavité remplie de ce côté par les intestins et les autres viscères abdominaux mis en contact immédiat avec le liquide contenu dans le kyste, est un fait qui prouve la possibilité de ces sortes d'accidents et doit exiger de la réserve pour la critique des faits.

b) En ponctionnant une poche, on peut pénétrer dans une seconde dont le retrait lui fait abandonner la canule.

3° Le retrait du kyste ou des pressions inconsidérées font abandonner la canule par la tumeur lorsqu'on n'a pas eu la précaution de se servir de la sonde en gomme élastique.

4° Enfin on néglige les précautions requises pour le retrait de la canule, et les quelques gouttes de liquide qui restent dans le kyste ou dans la sonde qui a servi à l'injection, tombent dans le péritoine.

5° On a pris et injecté une hématocèle rétro-utérine pour un kyste ovarique : dans ce cas, la douleur provoquée par l'injection dure peu et l'erreur n'est pas sérieuse, puisque le même traitement lui est applicable : on reconnaît la méprise aux douleurs accusées dans le bas-ventre, du côté de l'utérus.

2. Dans ces cas malheureux, lorsque l'injection a été poussée dans le péritoine et provoque une péritonite suppurée, Boinet (2) recommande d'évacuer le pus par des ponctions et de faire de nouvelles injections comme dans les abcès chauds. Monod conseillait (3), dès qu'une douleur bien vive dénotait le passage de l'injection dans le péritoine, de pousser immédiatement une certaine quantité d'eau tiède dans cette cavité (4).

3. Les récidives souvent n'en sont pas : à la base des kystes formés par

(1) *Brit. med. J.*, 13 nov. 1858.
(2) *Malad. des ovaires*, p. 142.
(3) Desormeaux, *loc. cit.*, p. 142.
(4) Simpson regardait comme plus certain de n'employer l'injection qu'après la deuxième ponction (West, *loc. cit.*, p. 677).

le corps de l'ovaire, il existe souvent de petits kystes rudimentaires qui se développent à leur tour après guérison du premier ; c'est ce qui fait rejeter l'injection iodée comme presque toujours inutile, à Kœberlé : on reconnaît ces nouveaux kystes à un liquide de nature différente que celui du premier. Dans ce cas le diagnostic est fait, il y a kyste multiloculaire et comme nous le verrons on ne doit plus penser aux injections iodées pour les guérir.

ARTICLE SIXIÈME. — OPINION DES AUTEURS SUR LA VALEUR DE CETTE MÉTHODE. — STATISTIQUES.

1. Ses partisans ou ses défenseurs lui donnent les *avantages* suivants :

1° Elle ne fait pas succomber plus vite les malades, lorsqu'elle échoue, que tout autre moyen.

2° Elle ne les met pas dans des conditions plus défavorables quand il faut recourir à l'ovariotomie.

3° Même appliquées aux kystes multiloculaires, les injections iodées ont l'avantage de favoriser le retrait des loges du kyste, d'épaissir ses parois, de le diminuer d'autant et de rendre son extraction plus facile pour l'ovariotomie.

4° La ponction qui précède l'injection a tous les avantages que nous lui avons déjà attribués, et surtout de servir au diagnostic absolu, différentiel et à celui des adhérences.

5° Quand les indications sont bien remplies et que l'application est faite convenablement, cette méthode guérit radicalement.

6° Si elle ne guérit pas, elle peut améliorer notablement la situation des malades et sans grand danger (1).

2. Quand on consulte les résultats donnés par la statistique, on trouve :

1° Que sur les 100 premières opérations pratiquées par Boinet, il a obtenu 62 guérisons et enregistré 38 insuccès (2).

(1) Dolbeau, *loc. cit.*, p. 146.

(2) *Traité d'iodothérapie*, p. 664. — Voyez aussi le tableau complet des 100 premières injections de Boinet in Thèse de Mirza Ali Naghi, p. 59 et *Gazette hebdommadaire*, 1856, p. 833 (pour les 44 premières).

Les tumeurs peuvent se répartir ainsi qu'il suit :

58 uniloculaires	34 séreux	hydatiques.	7	15 à liquide plus ou moins coloré	2 multiples.
		séro-purulents.	4		3 compliqués de tissu fibreux.
		sanguinolents.	2	37 à liquide citrin	7 » d'ascite.
		purulents.	5		
		à liquide épais, filant .	4		
42 multiloculaires	33 à liquide épais, filant, coloré.				
	9 » séreux, chocolat, café.				

Les insuccès :

16 morts	4 quelques jours après (3 fois imprudence commise)	10 K. multilocul.	29 multiloc.		33 cas non susceptibles de guérir par les inj. iod.
	12 par les progrès de la maladie	1 » celluleux			
		5 » uniloculaires			
22 non guéris	amélioration notable de la santé et prolongement de 5 à 6 années de l'existence chez beaucoup	20 multiloc.	9 uniloculaire	4 liq. filt.	
		4 uniloculaires		5 » plus ou moins coloré.	

Il résulte donc de cette première série de cas que Boinet aurait guéri par les injections iodées49 kystes uniloculaires et 13 multiloculaires et qu'il faut, dans les 38 insuccès, tenir compte de 33 cas où la méthode était contre-indiquée.

Dans les derniers 29 cas, où la méthode fut appliquée avec toutes les indications nécessaires, l'auteur a obtenu 27 guérisons. En outre :

1 ponction et une seule injection ont été faites en 45 cas et amené 37 guérisons.

2 ponctions et 2 injections ont été faites en 18 cas et amené 10 guérisons.

3 ponctions et 3 injections ont été faites en 8 cas et amené 5 guérisons.

4 ponctions et 4 injections ont été faites en 10 cas et amené 3 guérisons.

5 ponctions et 5 injections ont été faites en 3 cas et amené 0 guérison.

6 ponctions et 6 injections ont été faites en 7 cas et amené 4 guérisons.

9 ponctions et 9 injections ont été faites en 3 cas et amené une guérison.

15 ponctions et 15 injections ont été faites en un cas et amené 0 guérison.

17 ponctions et 17 injections ont été faites en 2 cas et amené une guérison.

27 ponctions et 20 injections ont été faites en un cas et amené une amélioration considérable.

26 ponctions et 19 injections ont été faites en un cas et amené une amélioration considérable.

Les malades avaient de 15 à 78 ans, le plus fréquemment de 20 à 50.

2° Velpeau, sur 134 cas, tirés de la pratique de Boinet, Robert, Monod, Demarquay, Huguier, Briquet, Nélaton et Velpeau, a trouvé 30 morts (20 fois on avait laissé la sonde à demeure), 68 guérisons et 36 récidives (1).

3° Cazeaux rapporte une statistique de 117 cas appartenant à Boinet, Monod, Nélaton, Demarquay, Giraldès, Maisonneuve, Simpson, etc. (62 kystes séreux uniloculaires) et trouve 48 guérisons, 11 opérations sans succès et 4 morts (2). D'après Barbosa de Lisbonne, la moitié des malades guérissent par ce procédé.

4° Jobert, sur 26 opérations analogues qu'il a pratiquées, donne les renseignements suivants (3) :

1er cas (femme de 38 à 40 ans) : 5 injections : pas d'accidents, pas de guérison.

2e cas, 3 injections : inflammation, pas de guérison.

3e cas, 8 injections : pas d'accidents, amélioration.

4e, 5e et 6e cas, 2 injections (1 ponction) : guérison.

(1) In Becquerel, t. II, p. 266, *loc. cit.* — Disc. acad. du 25 nov. 1856. — *Revue médico-chirurgicale*, n° 13, 1859. *Med. chir. Monatschr. u. z. w.* 1860, t. I, p. 249.

(2) Voyez Shuh in *Canstatt's Jahresber.* 1859, vol. IV, p. 351.

(3) Disc. acad. du 18 nov. 1856. Pour un kyste resté cinq mois non rempli après l'injection iodée, Jobert renouvela l'opération, la canule fut retirée quarante-huit heures après la ponction, et vingt-quatre heures après cessation de tout écoulement : la femme guérit (*Abeille médicale*, n° 20, 1856 et *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 77.

7e et 8e cas, 2 injections (2 ponctions) : guérison.

9e et 10e cas, 2 injections (2 ponctions) : guérison.

5° Nélaton (1), sur 10 à 12 opérations, a obtenu pour 4 kystes séreux 1 guérison, après 1 ponction, et 3 guérisons après 3, 4 ponctions, et pour 6, 8 kystes albumineux, aucun résultat.

Rouyer a donné la statistique (2) des 5 premiers cas opérés par Nélaton : 4 kystes étaient uniloculaires et séreux : ils ont guéri complètement, 1 après une seule ponction simple, 4 après l'injection iodée. Le 5e kyste, quoique simple, renfermait un liquide épais, filant : les injections aggravèrent l'état de la malade, qui mourut deux mois après le commencement du traitement. Nélaton a vu le même résultat malheureux, arrivé dans 6 autres cas semblables, aussi ne réserve-t-il les injections iodées que pour les kystes à contenu séreux, ainsi que nous le verrons à propos des indications.

6° Monod, sur 8 opérations, a obtenu 6 guérisons, 1 insuccès, 1 mort.

7° Huguier a ponctionné 9 kystes : 1 guérison, précédée de péritonite, 2 récidives, 6 guérisons sans accidents.

8° Robert a ponctionné et injecté 6 fois, sans accidents graves, des kystes de l'ovaire : 2 fois il y eut récidive prompte : chez aucune il n'y a eu disparition complète de la tumeur (3).

9° Clay de Manchester (4) a obtenu 3 guérisons sur 4 malades opérées : la 4e mourut.

10° Simpson a opéré 10 ou 12 fois ; il y a eu reproduction du liquide (5) dans un cas, guérison assurée dans les autres ; une seule fois il y eut quelques douleurs après l'injection (6). Plus tard (7), il renseigne un seul cas de mort sur 20 ou 30 cas d'injections iodées.

(1) Cruveilhier. Disc. acad. du 4 novembre 1856.

(2) *Moniteur des hôpitaux*, 1856, n° 134.

(3) Disc. acad. du 11 novembre 1856.

(4) et (5) in Churchill, *loc. cit.*, p. 630.

(6) *Obstetr. mem. and contribut.* Edimb., 1855. — Société médico-chirurgicale d'Edimb., Séance du 15 novembre 1854.

(7) *The Lancet*, 21 mars 1857. — Dans le *The med. T.* du 28 janvier 1860, il parle de quarante à cinquante cas.

11° D'après Günther qui a établi une statistique consciencieuse des injections iodées jusqu'à 1859 (1), sur 158 cas il y a eu 32 guérisons, 48 récidives, 13 cas non modifiés, 59 morts, 6 résultats inconnus, c'est-à-dire 38,8 p. c. de morts.

12° Schuh (2) renseigne 4 cas :

1er. Gros kyste uniloculaire, guérison après 1 injection.

2e. id. id. id. 2 injections.

3e. Kyste gros comme une tête, id. 1 injection.

4e. Développement d'un 2e kyste.

Antérieurement (3), il renseignait avoir pratiqué 15 injections pour 6 cas :

1 cas seulement a guéri entièrement après 2 injections.

1 second (biloculaire) fut abandonné avec amélioration, après 5 ponctions.

Les autres ne furent pas modifiés et chez 2, la fin fut hâtée par la reproduction rapide de la tumeur, des accidents d'inflammation et la péritonite.

13° Statistique de C. Fock (4), 15 cas, 9 guérisons radicales :

4 après 1 injection.
2 » 2 injections.
1 » 3 »
2 » 6 »

Dans les 6 autres cas : 3 fois des injections répétées plusieurs fois n'eurent pas de suites : on laissa une sonde à demeure pour répéter les injections autant qu'il était nécessaire. De ces 3 malades, 2 guérirent, 1 mourut (suppuration du kyste et infection putride).

Pour les 3 cas qui restent, 2 étaient compliqués de carcinômes de l'ovaire et la vie fut vraisemblablement raccourcie par le fait de l'opération.

(1) *Lehre der blutigen Operationen* in-f° 38 Lieferung. Leipzig, 1859, p. 186.
(2) *Ueber Jodeinspritz. bei Eierstocksk.* — *Wien med. Halle*, 1864, n° 8.
(3) *Med. chir. Monatschr. u. z. w.*, 1860, 1 Bd, s. 345. — *Zeitschr. der K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien*, n° 48, 1859.
(4) *Ueber die operative Behandl. u. z. w.*

Dans le dernier cas, la sérosité se renouvela et paraissait vouloir demeurer à une très-grande hauteur dans le kyste.

14° Krassowski, dont nous connaissons l'opinion sur la ponction simple, a vu (1) sur 8 ponctions de kystes colloïdes, abdominales ou vaginales et suivies de l'injection iodée Boinet (aq. dist. 24 gram., iodur. pot. 1 gram.), survenir la suppuration interne du kyste, ou la péritonite aiguë plus rapidement que par les ponctions simples.

Sur 5 fois qu'il appliqua cette méthode aux kystes séreux :

1 fois il y eut guérison complète.

1 fois récidive 8 mois après et mort plus tard à la suite de nombreuses ponctions et du développement de tubercules pulmonaires.

Dans les 3 autres fois, il y eut : récidive après un an.

Mort par péritonite aiguë.

Suppuration du kyste et mort par infection purulente.

En dernière analyse ce serait cette méthode qui, en dehors de l'ovariotomie, aurait donné à Krassowski le plus de succès ; effectivement sur 43 kystes ovariques traités par lui de diverses façons il y eut :

Sur 11 kystes séreux, 1 guérison complète (par ponction et injection iodée).

1 guérison probable (6 mois : par ponction simple).

3 soulagements temporaires.

6 morts (2 de péritonite aigue).

Sur 32 colloïdes : 28 morts, 4 résultats inconnus mais avec des signes de récidive lorsqu'ils furent perdus de vue. — Donc 0 guérison.

15° Bamberg (2) sur 3 cas d'injections iodées, a vu chez l'un 2 ans et chez un second 10 mois se passer sans que le kyste se soit rempli à nouveau.

16° Sp. Wells (3) sur 7 malades traitées de cette façon, en a guéri une, du moins se trouvait-elle 10 ans après dans un état de santé très-satisfaisant quoiqu'on put encore percevoir une tumeur assez volumineuse : les 6 autres durent être soumises à l'ovariotomie.

(1) *Loc. cit.*, pp. 1, 2, 3.
(2) *Observat. aliquot de ovarii tumoribus*. D. i. Berol., 1864.
(3) *Th. med. T. and Gaz.*, 29 mai 1869.

17° Dans la clinique de G. Braun (1), d'après Fürst, un kyste uniloculaire considérable de l'ovaire gauche fut guéri radicalement en dix jours sans symptômes de réaction et il y eut accouchement deux ans après : on employa une seule ponction avec injection iodée (aq. ℥v ; tinct iod. ℥ij, iodure pot. ʒj).

Il cite cinq autres cas heureux : une malade n'obtint qu'une guérison temporaire et chez une autre la méthode n'eut aucun résultat. Deux fois seulement il y eut une légère réaction iodée et une seule fois une légère irritation locale. La guérison dans tous ces cas était encore complète de 1 à 2 ans après.

18° Philipps a guéri une femme de 56 ans par les injections iodées (4). Bonnafont a réussi parfaitement (5) avec deux injections (125 grammes de liquide iodé) répétées à 6 mois de distance, pour un kyste uniloculaire à contenu (9 litres) non filant mais de couleur sombre et très-volumineux : il s'était passé un an depuis l'opération.

Roccas a guéri une femme atteinte de kyste de l'ovaire par une ponction suivie de l'injection suivante :

Eau	300 grammes	mêlée avec une quantité égale d'eau tiède (6).
Iod. de pot. . .	10 —	

Il s'était inspiré des observations du docteur Bienfait sur les effets des injections iodées dans les cavités suppurantes (7).

Laboulbène (8) après avoir échoué par les ponctions simples a guéri radicalement par les injections iodées.

Eulenberg (9) a obtenu pareil succès chez une femme de 60 ans par une injection iodée de ℥vj, dans les proportions de 1 à 3.

(1) *Wien med. Press*, n° 18, 19, 20, 21, 22, 23. — *Jahresber.*, 1869, p. 373.

(4) *Ovarian. dropsy.* — *Med. T. and Gaz.* Mai 28, 1859.

(5) *Union médicale*, 1864, n° 91.

(6) In Laskowski, thèse citée, p. 53.

(7) *Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 521.

(8) Société de biologie, 15 novembre 1856. — *Gazette médicale de Paris*, n° 49, 1857. — *Union médicale* et *Gazette des hôpitaux*.

(9) *Preuss. med. Zeit.*, 43 u., 44, 1857. — *Med. chir. Monatsch. u. z. w.*, 1858, I Bd, s. 347.

Pignant, par une seule injection (1), L.-A. Champenois (2), C. Edwards, après des signes de péritonite (3), Sère de Muret (injection de 250 grammes de teinture d'iode et deux vésicatoires sur la région de la tumeur) sans le moindre symptôme inflammatoire (4), Lacroix, de Béziers (5), par une seule injection et B. Roemer, dans trois cas (6), ont obtenu des guérisons radicales. — Le docteur A. Desprez a obtenu le même résultat pour un kyste uniloculaire enflammé par la canule à demeure et les injections iodées (7). Dussau, à Carbonne (8), a guéri une jeune fille de 17 ans par les injections iodées en ayant soin d'employer la sonde élastique comme le recommande Boinet.

Dans le service de Rayer à la Charité, le 15 septembre 1854, on injecta par l'iode, un kyste uniloculaire ponctionné et récidivé : il y eut réduction très-grande du kyste et la santé générale s'est maintenue très bonne depuis lors (deux ans) (9).

Vanden Corput (10) a obtenu 2 guérisons en pratiquant l'injection avec la sonde de Guérin : dans le premier cas, kyste monoloculaire, une seule injection a suffi. Dans le second, kyste phlegmoneux, il laissa la canule à demeure et quand des adhérences furent établies, il injecta de l'iode qui tarit la suppuration.

Crocq a injecté de l'iode trois à quatre fois dans un kyste très-volumineux, par la méthode de J. Guérin : il obtint beaucoup d'amélioration, mais la malade succomba à l'accroissement de la tumeur de mauvaise nature dont le kyste était symptomatique (11).

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 1857, n° 7.
(2) *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1857, n° 20.
(3) *Lancet*, aug. 1856, n° 9.
(4) *Journal de médecine de Toulouse*, 1855.
(5) *Bulletin de thérapeutique*, 1858, t. LIV, p. 503.
(6) *Amer. J. of the med. sc.* Apr., 1857.
(7) *Bulletin de thérapeutique*, 1864, t. LXVI, p. 188.
(8) *Journal de médecine de Toulouse*, 1864.
(9) *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 587.
(10) Disc. in Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. — *Journ. id.*, t. 40.
(11) *Ibid.*

Thiry (1) a obtenu une guérison radicale d'un kyste hématique survenu à la suite d'un coup sur le flanc gauche, par des injections iodées pratiquées avec le trocart et la seringue de Guérin.

Le professeur Lefebvre de Louvain renseigne de son côté deux guérisons complètes (2).

3. Il n'y a pas que des succès néanmoins par cette méthode ; aussi voyons-nous certains chirurgiens s'élever même avec une vivacité peu justifiable contre ce moyen de traitement.

Baker-Brown (3) sur 12 cas n'a pas eu d'accidents, mais comparées aux autres méthodes de traitement, dit-il, les injections iodées n'ont pas d'avantages assez marqués pour les faire recommander.

Le docteur Simon a eu recours avec le docteur Orth, dans 8 cas à cette méthode :

1 fois il y eut mort.

5 fois la mort suivait assez rapidement par le marasme.

Chez une seule, après 4 ans, le kyste ne s'est pas reproduit (on le sent ratatiné (4).

Sur 10 cas, West (5) renseigne 1 cas de guérison.

1 cas de mort.

4 cas d'insuccès.

3 cas de ralentissement de l'affection.

1 de légère amélioration.

Churchill (6) a perdu une malade d'hémorrhagie interne : chez d'autres, il n'a obtenu qu'une reproduction plus lente du liquide.

Abeille sur 7 cas, n'obtint aucun résultat sensible (7).

(1) *Journ. de médecine, etc., de Bruxelles*, 1862, t. I, p. 91.

(2) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1870, p. 1173.

(3) In LABALBARY, *loc. cit.*, p. 56. — *Brit. med. J.*, 1857, n° 50. Il a été néanmoins obtenu une amélioration considérable par les injections iodées chez une femme opérée déjà par B. BROWN. (*Med. the and Gaz.*, n° 280 a., 252, apr. 1855. — *Associat. med. J.*, n° 19, april 1855).

(4) *Ueber die Radicalheilung der Ovariengeschir. — Monatschr.*, octobre 1863.

(5) *Loc. cit.*, p. 673.

(6) *Loc. cit.*, p. 630.

(7) *Gazette médicale de Paris*, n° 1, 1857.

Aran (1) confesse n'avoir jamais obtenu de guérison par les injections iodées.

Legrand (2) a eu trois cas de mort. C. Philippart, de Roubaix (3) et Snow-Beck (4), perdent leurs malades de péritonite.

Gendrin (5) qui n'admet dans l'ovaire que des kystes multiloculaires regarde la ponction avec injection irritante comme très-irrationnelle à cause du développement consécutif des loges non évacuées.

Courty les regarde comme peu avantageuses (6) et Velpeau bien qu'en admettant qu'elles ne sont pas plus dangereuses que la ponction simple ne s'en montre pas partisan pour les kystes ovariques (7).

Malgaigne après avoir pris des réserves et déclaré la méthode assez dangereuse, déclara à la fin de la discussion académique de 1856 (8), qu'il jugeait les chirurgiens suffisamment autorisés pour la pratiquer dans les kystes séreux.

Kœberlé (9) regarde les kystes uniloculaires comme très-rares et rejette aussi d'une façon presque absolue les injections iodées : les loges en voie de développement restent quelquefois à peu près stationnaires pendant une ou plusieurs années après oblitération de la loge principale, dit-il, mais quand la tumeur se reproduit ensuite, les malades deviennent inopérables par suite des complications survenues et elles sont vouées à une mort misérable. Chez les jeunes femmes, les ponctions simples et les ponctions iodées doivent être repoussées d'une manière absolue, quand les circonstances sont favorables pour l'ovariotomie.

Nous nous sommes déjà suffisamment expliqué sur la formation des adhérences pour ne plus avoir à revenir sur ce sujet.

(1) *Loc. cit.*, p. 1080.

(2) Société de médecine pratique, 1861. — Voir aussi *Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 320 et 479.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1857, n° 9.

(4) *Lancet*, t. I, n° 24, 1857.

(5) *Gaz. des hôpitaux*, 1840, n° 44.

(6) *Loc. cit.*, p. 947.

(7) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXII, p. 34.

(8) *Bulletin*, etc., pp. 26 et 306.

(9) *Rem. sur l'observat. d'ovariot.* XXVII. — *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 266.

Boinet, l'ardent défenseur des injections iodées, cherche à prouver que loin d'être nuisibles au succès de l'ovariotomie, elles peuvent au contraire être fort avantageuses même pour les kystes multiloculaires :

1° En provoquant le retrait des parois du kyste, ce qui rend son extraction plus facile.

2° En épaississant ses parois, les rendant plus résistantes et les mettant par conséquent à l'abri d'un déchirement trop facile pendant l'opération.

3° Par la ponction qu'elles nécessitent, le diagnostic est plus facile et les méprises sont évitées (1).

Pour nous, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer qu'un moyen qui, comme les injections iodées, peut guérir pour plusieurs années, doit être pris en sérieuse considération lorsqu'après elles, comme unique ressource, il ne reste que l'ovariotomie, opération effroyable quoiqu'on en puisse dire, et qu'un chirurgien habile entre tous comme peut l'être le professeur de Strasbourg, est seul autorisé à ériger en panacée.

Spiegelberg se montre l'adversaire déclaré des injections iodées (2).

Scanzoni (3) les repousse aussi d'une manière catégorique : les dangers que présente cette méthode, dit-il, ne sont pas compensés par des avantages suffisants : en conséquence, l'on ferait mieux de les laisser complètement de côté : à l'appui de son opinion, il cite ce fait, qu'en 1854, avec Schmidt et Langhenreich, il pratiqua l'opération de Boinet pour un kyste ponctionné déjà plusieurs fois et qu'on croyait simple : après la seconde injection, il y eut suppuration du sac et mort 5 jours après : l'autopsie révéla un colloïde énorme de l'ovaire droit. Ainsi, un seul fait, et encore en dehors de toute indication et après erreur de diagnostic ! Comme on le voit, le gynécologiste allemand se montre ici aussi injuste que pour la pontion simple abdominale qu'il rejette d'une manière quasi absolue pour adopter la ponction vaginale, quoique la première lui ait procuré des cas de guérison.

(1) *Malad. des ovaires*, p. 415. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 679.

(2) *Ein Beitrag zur anat. und Patholog. der Eierstockse.* — *Monatschr. für Geburtsk.* XIV Bd ; II Heft ùnd III Heft. — *Med. chir. Monatschr. u. z. w.*, 1860, I Bd, s. 176.

(3) *Loc. cit.*, p. 403.

C'est donc, en définitive, pour ne pas avoir suffisamment choisi les cas, et convenablement posé les indications que certains auteurs ont eu de mécomptes dont ils ont voulu injustement charger la méthode elle-même.

Les arguments des ovariotomistes surtout, cesseraient d'être vrais, si, comme le dit Lefort (1) on avait soin de comparer le résultat de cette grave opération de gastrotomie avec ceux que donnent les injections iodées dans les kystes, séreux surtout uniloculaires et excluant les kystes multiloculaires, à contenu colloïde.

ARTICLE SEPTIÈME. — INDICATIONS DES INJECTIONS IODÉES.

1. Voici quelles sont ces indications telles qu'elles résultent de la discussion approfondie de l'Académie impériale de médecine de Paris, et conformes à celles qu'a établies Boinet.

1° C'est la méthode la plus sûre et la moins dangereuse pour guérir les kystes de l'ovaire.

Elle est d'une innocuité remarquable, d'après Velpeau, Nélaton, Trousseau, Cruveilhier, Jobert, Gimelle, Monod, Demarquay, Cazeaux, Huguier, Robert, Barth, Piorry. Boinet l'a pratiquée plus de mille fois sans accidents (2).

2° Elle est plus que rationnelle dans les kystes simples, séreux, uniloculaires, hydatiques, à parois minces, sans altération. Boinet y ajoute les kystes multiples, à 2 ou 3 loges de même structure et contenu que les kystes uniloculaires, en pratiquant une opération pour chacune des loges.

Le liquide des kystes susceptibles de guérir par l'injection iodée, dit Nélaton (3), présente les caractères de celui des hydropisies (lequel peut avoir des aspects différents sans empêcher l'injection de réussir) : il s'ensuit par analogie que les membranes sont de même nature : la couleur du liquide n'influe pas sur le résultat : il peut être pâle, foncé, sanguinolent,

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 735.
(2) *Loc. cit.*, p. 237.
(3) DELSTANCHE. *Visite.*, etc. — *Journal de méd. et de chir de la Soc.*, etc., *de Bruxelles*, 1869, pp. 318 et 320.

pourvu qu'il ne produise pas de filaments entre les doigts. C'est pour avoir négligé d'observer soigneusement cette indication que, d'après l'illustre clinicien, beaucoup d'auteurs, Krassowski, entr'autres, ont renseigné beaucoup d'insuccès (1).

3° Elle doit être tentée dans les kystes séro purulents ou séro-sanguinolents, mais elle offre alors moins de chances de succès.

4° L'indication de l'opération est le moment où le kyste, sans être trop volumineux, fait souffrir la malade et gêne les fonctions (2).

5° La ponction doit être faite par le vagin quand c'est possible : elle ne donne pas d'adhérences consécutives et n'expose pas à l'ouverture des vaisseaux (Huguier).

2. Boinet (3) opère de bonne heure, dès que la fluctuation devient sensible et lorsque le kyste fait des progrès, en dépit de tout traitement : de cette façon :

1° Les viscères abdominaux non comprimés ne sont pas sujets à l'inflammation, aux adhérences, dégénérescence squirrheuse, flétrissure, rapetissement.

2° Il y a moins d'inconvénients à injecter un kyste de petite dimension.

3° Il faut moins longtemps pour en obtenir le retrait.

4° Il reste une tumeur moins considérable dans l'abdomen après guérison.

5° Les parois du kyste sont moins épaisses.

6° La santé de la malade est conservée.

3. D'après Dolbeau (4), en règle ordinaire les kystes volumineux, lorsqu'ils ne guérissent pas par la ponction ou la ponction avec injection iodée, se reproduisent rapidement : quelques mois ou même quelques semaines,

(1) Voir aussi *The Med. T. and Gaz.*, 1869, July, p. 107.

(2) Robert. *Bulletin de l'Acad imp.*, etc., p. 125, 1856.

(3) Dans une brochure récente (*Diagn. et traitement des tumeurs de l'ovaire au point de vue de l'ovariotomie*, par B. D'Hanens, in *Bulletin de la Soc. de méd. de Gand*, mars, p. 116, 1871), l'auteur croit à tort que Boinet a renoncé aux injections iodées pour préconiser quasi exclusivement l'ovariotomie. Le chirurgien français continue à appliquer son procédé, dès qu'il rencontre les indications qu'il a si nettement posées lui-même.

(4) *Loc. cit.*, p. 146.

même 7 à 8 jours : ce n'est que lorsque l'injection a complètement échoué même comme palliative, ou lorsqu'il surgit quelque complication qu'on doit y renoncer.

4. Boinet répète les injections tant que le liquide reste séreux et que le kyste, après la ponction, revient complètement sur lui-même (de 1 jusqu'à 25 ou 30 ponctions). Il pratique une nouvelle ponction dès qu'elle est possible et après avoir reconnu le retour du liquide : Velpeau (1) et nous partageons son avis, conseille, lorsque le liquide se reproduit, de ne pas renouveler l'opération parce que souvent il survient un travail inflammatoire qui est suivi de résolution : il n'y a pas péril en la demeure : il faut savoir attendre plusieurs mois.

5. Lorsque le contenu est purulent, fétide, mêlé de fausses membranes, et qu'à la 2e ou 3e ponction, le liquide conserve toujours les mêmes caractères, Demarquay (2) laisse une canule ou une sonde à demeure pour obtenir des adhérences abdominales : chaque jour alors, on fait un lavage détersif avec un mélange antiputride. Quand la sécrétion de la membrane kystique est meilleure, on remplace l'injection détersive par l'injection iodée. Cette façon de procéder a tous les inconvénients et les dangers de la sonde à demeure : nous croyons qu'il serait préférable de faire courir à la malade, si elle se trouve dans les conditions voulues, les chances d'une opération radicale par l'injection iodée.

6. Pidoux (3), qui ne connaît comme moyens efficaces de traitement que les caustiques et les injections iodées, recommande de provoquer toujours au préalable des adhérences abdominales par les caustiques avant d'en venir à l'injection : elles ne sont pas plus difficiles à obtenir, dit-il, que pour les kystes hydatiques et permettent d'agir sans danger. Bourdon, néanmoins, prétend n'avoir jamais pu réussir à produire ces adhérences.

7. Nous estimons que le procédé de Boinet, tout en évitant les dangers que les autres procédés ont la prétention d'éviter (seringue de

(1) Disc. acad. du 13 janvier 1857.
(2) *Un. méd.*, 1856, p. 462.
(3) *Note*, etc., *loc. cit.*

Guérin, aspirateur de Léopold Buys, etc.) est en outre d'une simplicité qui permet de l'appliquer partout en pratique, et par conséquent doit être préféré.

ARTICLE HUITIÈME. — DES CONTRE-INDICATIONS DES INJECTIONS IODÉES.

1. D'après Huguier (1), on doit respecter :

1° Tous les kystes à 50 ans, quoique la contre-indication ne soit cependant pas absolue.

2° Les kystes stationnaires, qui n'accusent aucun trouble fonctionnel.

3° Les kystes multiples, aréolaires, multiloculaires surtout fort volumineux. Nous y ajouterons les kystes symptomatiques d'une autre affection incurable (2).

4° Les kystes très-volumineux, largement adhérents avec les viscères supérieurs ou la paroi abdominale qui empêchent le retrait de la tumeur.

5° Enfin les kystes qui affligent des personnes très-débiles, incapables de supporter une réaction un peu vive; celles que Pidoux déclare atteintes de cachexie ovaro-kysteuse.

2. L'injection iodée est contre-indiquée par le volume trop grand du kyste : ses parois distendues outre mesure ne sont pas dans les conditions favorables à subir la modification de l'iode (3). Lorsqu'on vide complètement une grande cavité comme celle des tumeurs ovariques, les parois abdominales et celles du kyste longtemps distendues n'ont pas le temps de revenir sur elles-mêmes : elles demeurent flasques, affaissées, toutes les grandes fonctions sont déprimées par cette évacuation considérable et brusque. Dolbeau conseille de ponctionner d'abord et de n'injecter la poche que lorsqu'elle a repris un volume moyen.

3. Demarquay, exagérant la portée du principe qui guidait Dolbeau, en a fait un procédé qu'il nomme : *ponctions successives préparantes à*

(1) *Bulletin de l'Acad. imp de méd.*, 1856, p. 110.

(2) Thiry. *Journ. de la Soc. des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1862, t. I, p. 91. — Spencer Wells in Jottrand et Bottaro, *loc. cit.*

(3) Dolbeau, *loc. cit.*, p. 136.

l'injection iodée (1). Une première ponction enlève la moitié du liquide : on retire la canule et on applique un bandage de corps modérément serré. — Quelques jours après, seconde ponction qui fait écouler les deux tiers du contenu. — A la fin de la huitaine suivante, troisième ponction : la poche est singulièrement réduite : on sent alors les parois kystiques revenues sur elles-mêmes et épaissies : c'est alors le moment d'injecter l'iode : l'injection se fait aussi dans une cavité fort réduite, bien délimitée et quand les viscères abdominaux ont repris leur place primitive. Il faut souvent, dit l'auteur, plusieurs injections iodées pour obtenir l'état stationnaire de la poche.

D'après Paupert, qui a écrit cet article, en exerçant une contention permanente sur le kyste, les intestins s'opposent à sa dilatation et le maintiennent dans son point d'origine, bien entendu lorsqu'il n'y a pas d'adhérences.

Nous nous sommes déjà appesanti sur les dangers des ponctions répétées et jusqu'ici d'ailleurs l'expérience n'a pas prouvé que les résultats de cette pratique compensassent les dangers qu'elle fait courir, bien que Demarquay, suivi dans cette voie par Monod, ait apporté six cas de guérison à l'appui de sa méthode.

QUATRIÈME INDICATION. — S'OPPOSER A LA NUTRITION DE LA TUMEUR PAR LA STRICTION DE SON PÉDICULE VASCULAIRE, NOURRICIER.

1. *Procédé de Richardson* (2). *Ligature du pédicule.*

1er *temps :* ponction avec un instrument qui permette de suspendre à volonté la sortie du liquide sans retirer l'instrument.

2e *temps :* après évacuation suffisante, on pratique une petite incision sur la base de la tumeur comme pour l'incision nécessaire à la ligature de l'iliaque primitive.

3e *temps :* le pédicule atteint, l'isoler avec le doigt, le traverser d'une

(1) *Union médicale*, 1856, p. 462. — *Acad. imp. de méd, de Paris*, séance du 21 octobre 1856, correspondance. — *Gazette des hôpitaux*, 1856, p. 499.

(2) *Brit. méd. J.* — *Gaz. méd. de Lyon*, n° 6. — *Journal de la Soc. des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, t. XL, p. 347.

aiguille enfilée d'un double fil et étreindre chacune des moitiés : on peut remplacer la ligature par un compresseur.

4e temps : réunir la plaie après avoir coupé les fils.

Ce procédé n'a jamais été appliqué : il avait d'ailleurs été proposé déjà par Sam. Anhornde Hartwis (1) qui, supposant l'insuffisance de la ponction et de l'incision du sac des hydropisies enkystées de l'ovaire ou de la trompe, proposait de placer une ligature à la base de la tumeur pour étrangler les vaisseaux et la partie malade avant de l'emporter. — Il n'a sans doute pas pensé, observe Hevin (2), à toute la difficulté qu'on rencontrerait pour pratiquer une semblable ligature.

2. *Procédé de Rokitanski.* Torsion et étranglement de la tumeur (3).

Sur 58 autopsies faites de 1860 à 1863, Rokitanski a rencontré cette torsion opérée naturellement, 8 fois plus fréquemment à droite (6 fois sur 3) qu'à gauche (2 fois sur 21).

La rotation de la tumeur se fait de dehors en dedans ou de dedans en dehors, en prenant pour point de départ le mouvement de la moitié interne de la tumeur et cela autour de son axe vertical presque toujours, mais quelquefois autour d'un axe horizontal ou plus ou moins incliné.

D'un demi-cercle, la rotation peut aller jusqu'à une rotation double ou même davantage. La réduction peut s'opérer spontanément et à diverses reprises.

Les adhérences modifient plus ou moins ce mouvement, comme aussi la longueur plus ou moins grande du pédicule et le volume de la tumeur.

Dans quelques cas cet étranglement a produit l'atrophie de la tumeur, la section du pédicule, d'où diminution et même disparition complète de tumeurs ovariques dûment constatées. — Dans d'autres cas, des accidents plus ou moins compliqués sont la conséquence de l'étranglement et la mort de la malade peut en être le résultat.

L'auteur conseille par conséquent de provoquer l'étranglement par des

(1) *Ephemer. nat. cur. Cent.* 9 et 10, obs. 100.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Wochenblatt der Zeitschr., der Gesellsch. der Aerzte in Wien,* 1863 n° 6 et 7. — *Allgem. Wien med. Zeit.* 1860. — Voir aux terminaisons les expériences de Klob.

mouvements imprimés à la tumeur par la paroi abdominale et analogues à ceux que recommandent les accoucheurs pour réduire les positions vicieuses et qu'on appelle *manipulations extérieures*. Mais on ne peut donner suite à semblable conseil à cause des dangers auxquels on expose la patiente, sans garantie aucune pour le résultat de pareille manœuvre. D'un autre côté, il semble assez étrange que Rokitanski conseille de chercher à réduire l'étranglement lorsque celui-ci se produit spontanément et que certains symptômes graves se manifestent, comme la péritonite, par exemple (1).

CINQUIÈME INDICATION. — ÉVACUATION INCESSANTE DU LIQUIDE KYSTIQUE DANS LE PÉRITOINE QUI EN OPÈRE LA RÉSORPTION. — DE L'EXCISION.

1. Pratiquée et recommandée pour la première fois par Jefferson, West et Hargraves (2) vivement préconisée par Baker-Brown surtout (3), l'excision a réussi à Dzondi (4) et à Miller (5), mais a échoué dans les cas de Lizars (6) et de Martini (7).

2. On ouvre l'abdomen entre le nombril et la symphyse par une incision d'un pouce; on ponctionne le kyste, on excise une partie de sa paroi antérieure autant qu'on puisse en attirer au dehors, puis on referme la plaie par plusieurs points de suture : le liquide qui s'épanche dans le péritoine

(1) Le docteur LÉOPOLD BUYS à propos de son traitement par aspiration continue, émet une idée qui ne paraît réalisable, d'après l'aveu de l'auteur lui-même, que dans des cas bien exceptionnels. Après l'évacuation du liquide kystique, dit-il (*loc. cit.*, 1870, p. 129), la tumeur revenue complètement sur elle-même sous l'influence d'une aspiration énergique vient presser avec force sur la couronne du trocart qui a servi à la ponction, se moule sur les ressorts qui plient, et fait saillie dans les intervalles qui les séparent. Elle est donc par un de ses points intimement liée à l'instrument et obligée de suivre tous les mouvements qu'on imprime à celui-ci. En supposant le kyste *monoculaire, simple, sans tumeur et sans adhérences*, on peut le tordre sur lui-même comme on ferait d'une vessie vide dont on tiendrait un bout, tandis que le bout opposé serait immobilisé par une attache quelconque.

(2) In LABALBARY, *loc. cit.*, p. 56.

(3) *Monthly J. of Med. sc.*, aug., 1850.

(4) *Æsculap, Zeitschr. der Vervollkomm. der Heilk. gewidmet* von prof. DZONDI. Leipzig, 1821, tome II.

(5) Dans deux cas. *Amer. J. of med sc.*, apr. 1859.

(6) *Archives générales de médecine*, 1825, t. II, p. 457.

(7) MALGAIGNE, *Méd. opérat.*, cinquième édition, 1849, p. 485.

est résorbé et excrété par les reins, dit Baker-Brown, en se basant sur les cas nombreux de rupture kystique avec rétablissement spontané à la suite d'une copieuse évacuation d'urine (1) : il rapporte avoir obtenu la guérison dans trois cas (2).

3. Wilson, de Bristol (3) qui a vivement recommandé l'excision partielle des kystes séreux, à parois minces, comme méthode générale et qui prétend avoir ainsi guéri deux malades sur trois, proposait une large incision pour pouvoir lier tous les gros vaisseaux sanguins qui se ramifient dans le kyste, lorsqu'ils ont été coupés par le bistouri : par là encore selon Baker-Brown, on a l'avantage de pouvoir retirer par la plaie une ou plusieurs portions du kyste et de les sectionner en évitant les vaisseaux.

4. A. R. Simpson relate (4) un cas tiré de la pratique de James Simpson où la guérison, qui se maintenait encore huit ans après, sans laisser la moindre trace du mal, avait été obtenue par le procédé suivant : après avoir, avec un trocart ordinaire, vidé une petite quantité de liquide kystique qu'on reconnut incolore, clair et inoffensif pour le péritoine, la plaie abdominale fut arrondie par le bistouri : un trocart du diamètre du petit doigt fut alors introduit dans le kyste : il était construit de telle façon qu'il put emporter dans la paroi de la tumeur un lambeau en forme de croix de Malte : après que la moitié du contenu eut été évacué, l'instrument fut retiré et la plaie abdominale suturée par des fils d'argent. Le kyste communiquait alors avec la paroi abdominale et son contenu fut résorbé par le péritoine sans le moindre signe de réaction.

5. D'après Baker-Brown (5), le procédé de l'excision conviendrait, ainsi que le voulait également Wilson, aux kystes uniloculaires à parois minces, peu vasculaires, peu adhérentes; à fluide légèrement albumineux ou à pesanteur spécifique légère; lorsque la santé est satisfaisante, que le kyste occasionne peu de douleur et que la compression a échoué pour l'une ou

(1) GRANT. WILSON. *Provinc. med. and surg. Journ.*

(2) *Lancet*, 5 juin 1852. — BERNARD, *loc. cit.*, pp. 474, 475.

(3) *Provinc. J.*, jan. 1851, p. 53. — *Schm. Jahrb.*, n° 6, 1851.

(4) *Glascow med. J.*, may 1869, p. 300.

(5) *Neue operat. Meth. bei Eierstock.* — In *Verhandl. d. Ges. f. Geb.* VI Heft, s. 165, 1852. Voyez aussi son travail cité, p. 235.

l'autre cause. — Dans les cas où on trouverait les parois épaisses et plus vasculaires qu'on ne s'y attendait, il faut être préparé à pratiquer illico l'ovariotomie (1). Crouch, néanmoins, dans ces cas-là même, n'hésitait pas à pratiquer l'excision (2).

6. Scanzoni qui n'accorde pas grande confiance aux affirmations de Baker-Brown (3), rejette absolument l'excision, à cause de ses dangers, surtout de l'hémorrhagie des parois du kyste dont il est impossible de prévoir la vascularité avant de commencer l'opération, de l'inflammation vive qu'on développe et qui détermine la formation d'un liquide purulent sanieux et enfin de la péritonite. West partage la même opinion (4), ainsi que Fock (5). Clay a réuni 24 cas où ce procédé fut mis en usage : 14 se sont terminés par la mort.

7. Piorry s'en déclare le partisan pour les kystes gros comme une tête d'enfant, sans adhérences (6), mais comme le remarque Courty (7), certains kystes s'arrêtent suffisamment dans leur évolution et sont assez tolérés par l'organisme pour ne pas commander une opération radicale, et en pareille matière il est du devoir du chirurgien prudent, de ne s'aventurer dans une opération capable de compromettre les jours de la malade que lorsque les indications sont devenues pressantes.

8. On ne pourrait donc réserver l'excision presque fatalement mortelle, que pour les cas où l'ovariotomie aurait dû être abandonnée après un commencement d'exécution et qu'on aurait des motifs suffisants pour la préférer à l'incision. C'est dans ces conditions qu'ont opéré Martini (8), Bühring (9), Poland (10), Prince (11) et Atlée (12).

(1) Voir LABALBARY, *loc. cit.*, pp. 56 58.
(2) *Assoc. med. J.*, p. 60.
(3) *Loc. cit.*, p. 404.
(4) *Med. chir. Monatschr. ü. z. w.* 1861, t. 1, s. 187 et *loc. cit.*, p. 666.
(5) *Monatschr. f. Geburtsk.*, t. VII, s. 362, p. 367.
(6) Disc. acad. 1856.
(7) *Mal. de l'utér.*, p. 157.
(8) *Rust's Magaz.* t. XV, p. 436.
(9) *Op. cit.*, cas. VII et VIII, s. 37, û. 43.
(10) *Guy's Hosp. Rep.*, troisième série, t. 1, p. 63.
(11) *Amer. J.*, jûl. 1850, vol. XLV, p. 267.
(12) *Ibid.*, apr. 1855, p. 385.

Nous ne pouvons rapporter qu'à la cinquième indication, les procédés de Maisonneuve et de Bonfils qui n'ont été mis en usage que par leurs auteurs.

Dans un procédé qu'il décrit dans sa thèse sous le nom de *suture*, Maisonneuve avait remarqué que la tumeur s'était vidée peu à peu dans l'abdomen et qu'il y avait eu, par résorption du liquide, une guérison temporaire de trois mois. Par suite de ce fait, chez une autre malade, il se servit d'une aiguille à cataracte pour pratiquer l'acupuncture du sac : le kyste se vida lentement, le liquide kystique fut résorbé au fur et à mesure, la malade guérit, mais six mois après il y avait récidive.

Procédé de Bonfils (1). Après la ponction pratiquée comme d'usage, et avant de retirer la canule, l'auteur conseille d'imprimer à l'instrument de violents mouvements en divers sens pour contondre et même déchirer la plaie faite aux parois du kyste : il prétend avoir guéri ainsi un grand nombre d'hydropisies de l'ovaire, les unes après une, les autres après plusieurs ponctions.

SIXIÈME INDICATION. — EXTIRPATION RADICALE DE LA TUMEUR.

Nous comprenons sous ce titre : l'extraction de la poche kystique et l'ovariotomie.

I. — DE L'EXTRACTION DE LA POCHE KYSTIQUE.

1. Monro, après avoir ponctionné un kyste ovarique, chercha à faire le vide avec une seringue, mais le kyste sortit par la canule, sous forme de membrane mince (2).

Jobert rapporte qu'une histoire semblable est arrivée chez une femme à l'hôpital St-Antoine et qui succomba (3). C'est là, ajoute-t-il, un accident qui arrive aux kystes flottants, mobiles : aussi recommande-t-il de laisser la canule en place quelque temps pour empêcher l'extravasation du liquide dans le péritoine.

(1) *Revue méd.*, 1844, t. III, p. 327.
(2) JOBERT. *Leçons cliniques de l'Hotel-Dieu.* — *Gazette des hôpitaux*, 1856 p. 306.
(3) Voir thèse inaugurale de JOBERT, 1828.

Le kyste de Monro n'était peut-être qu'une hydatide volumineuse. En tout cas au rapport de Fock (1), Salvator Morand, en 1716, en voulant ponctionner un kyste, fit sortir le sac avec la canule du trocart et l'arracha : la femme mourut presque en même temps : Kirkland et Howship rencontrèrent la même particularité, seulement leurs malades survécurent et guérirent (2).

2. G. B. Monteggia se basant sur pareil fait (3), voulait qu'on perçât la tumeur avec un gros trocart : on vide le kyste, on élargit un peu l'ouverture si c'est nécessaire : on introduit alors des pinces à deux ou trois longues branches analogues à celles de Hunter (tire-calculs urétraux) pour extraire le sac vidé, soit par la canule soit par l'incision agrandie s'il en est besoin; le réséquer à sa base en liant le pédicule qu'on laisse dans le ventre en ayant soin de laisser pendre le fil hors l'ouverture jusqu'à sa chute.

3. Il faudrait dit Sacchi (4), pour que ce procédé fut praticable :

1° Que le liquide fut toujours facile à écouler par la canule.

2° Qu'il n'y eut pas d'adhérences.

3° Qu'il y eut des parois souples à la tumeur.

4. D'après Lizars (5), Dzondi aurait fréquemment guéri l'hydropisie de l'ovaire par une incision petite, l'introduction d'une tente, puis l'extraction de la poche au moyen de pinces. Dohloff (6) dément à peu près catégoriquement cette affirmation du chirurgien d'Edimbourg.

5. Comme on le voit, ce sont là des procédés tout à fait exceptionnels, et dont les indications sont excessivement rares : encore est-il impossible de les poser d'une manière certaine : il n'y a pas de fondement à faire sur semblable méthode.

(1) *Loc. cit.*, p. 367 et *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 788.

(2) West, *loc. cit.*, p. 687.

(3) *Istituzioni chirurgiche*. Milano 1814. — *Ippocratico*, anno XXXII, 1869, april n° 7.

(4) Sacchi in *Bulletin général de thérapeutique*, 1833. — *De l'hydropisie des ovaires et de leur extirpation.*

(5) *Observation sur l'extirpation des ovaires malades.*

(6) *Sur la ponction et l'extirpation d'ovaires tuméfiés.* — In *Expérience*, mai 1838.

II. — DE L'OVARIOTOMIE.

> « La chirurgie moderne est capable de grandes entreprises, on ne saurait lui ouvrir trop de vues pour guérir. »
>
> MORAND. *Mém. de l'Ac. r. de chir.*, 1755, t. II, p. 61.

> « On peut sans hésister placer l'hydropisie enkystée des ovaires, parmi les maladies auxquelles il ne faut pas toucher. »
>
> RICHERAND. *Nosogr. chir.*, Paris, 1815, 4e édit., t. IV, p. 408.

> « N'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine?....... Avant de proscrire il faut examiner, et on n'a pas assez sérieusement examiné. »
>
> CAZEAUX. Disc. acad. du 18 novembre 1856, *Bullet.*, p. 181.

L'ovariotomie est l'opération la plus grave peut-être de la chirurgie. Elle est enfin sortie triomphante des procès que lui ont fait ses nombreux détracteurs, parmi lesquels elle eut à compter avec les représentants les plus autorisés de la science, et elle est devenue aujourd'hui l'une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie moderne.

Les luttes que l'ovariotomie eut à soutenir sont encore trop près de nous pour que nous ayons pu nous dispenser de présenter aussi complètement que possible les éléments du débat. Nous allons donc essayer d'exposer l'histoire complète de cette opération et nous envisagerons successivement :

1° L'historique de la méthode et des faits, avec les statistiques successivement établies.

2° Les indications et les contre-indications de l'opération.

3° Son pronostic.

4° Les méthodes et détails opératoires.

5° Le pansement.

6° Les soins consécutifs à l'opération.

7° Les accidents et complications consécutifs à l'opération avec le :

8° Traitement qu'ils réclament.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

1. On retrouve les traces d'opérations pratiquées sur l'ovaire dans le but d'annuler les fonctions de l'organe, jusque dans l'antiquité la plus reculée.

2. Un historien Lydien du nom de Xanthus qui, au dire de Suidas aurait vécu au temps de la prise de Sardes (548 avant J.-C.) et d'après Euphore, aurait été le contemporain d'Hérodote ou même antérieur à cet historien célèbre, affirme (1) que certains rois de Lydie Andrimètes (2) et Gygès (3), châtraient les femmes pour leur assurer une jeunesse perpétuelle (4) ou pour remplacer les eunuques (5).

Hesychius de Milet (6) et Suidas reproduisent les mêmes passages.

D'après Christ. Mich. Adolphe (7), il s'agissait là de l'ablation de la matrice : les femmes ainsi châtrées, dit-il, se conservent plus saines et vivent plus longtemps. Pour d'autres, il n'y avait que nymphotomie (8), infibulation ou *bouclage* (9), c'est-à-dire cette opération que l'on pratique dans le but d'empêcher la conception des juments.

Julius Alexandrinus (10) s'appuie sur des autorités et des témoignages

(1) *Lydior. histor.* lib. II.

(2) Ou *Andramytès* ou *Andramys*. ATHÉNÉE. Δειπνοσοφιστῶν, lib. XII, cap. III, fol. 515. (Ἀνδραμύττης, dans le texte).

(3) et (4) « XANTHUS, *Lydus historicus, in Lydiæ historiæ secundo memoriæ prodit Gygem. Lydorum regem, primum fœminas castrare, quo illis semper ætate florentibus uteretur.* » (*Fragmenta historica, græcorum.* Paris, 1841, I, p. 39). Voyez pour plus de détails sur cette pratique : *Histoire de la Prostitution chez tous les peuples du monde*, etc., par PIERRE DUFOUR, t. II, chap. XXI, p. 130 et suiv.. Brux., 1861.

(5) « *Lydi vero eo mollitie progressi sunt ut etiam fœminas castrarent, quod tradit* XANTHUS. » — ATHENÆUS, lib. XII, c. II, *curante Schweighaeusero*, Strasbourg, 1801.

(6) Dans l'éloge de XANTHUS.

(7) *Diss. phys. med. select.* 13 *de morbo freq. et grav. pro diversit. sexûs* § 33.

(8) MARC. ANTON. ULMUS, DE PADOUE, *apud* ZACCHIAM : *Quæst. med. leg.* lib. II, tit. III, *quæst.* 9. — DESHAYES DE CORMENIN. *Voyage en Orient.* — LOUIS, *Dict. de l'Encyclop.* t. II, castration.

(9) RIOLAN. *Antropogr.*, lib. II, cap. XXXIV. — DALECHAMP. *Not. ad* lib XII, *Athænæi.*

(10) *Salubr.*, lib. XXII, cap. XIV et *Annotat. ad Galenum*, fol. 122.

irrécusables pour établir cette coutume de la castration des femmes chez les Lydiens.

Strabon (1) et d'après lui Alexander ab Alexandro (2), qu'on a cités comme témoignant également de la castration des femmes, ne parlent de cette opération que pour les hommes, ainsi que le fait remarquer Negroni (3) :

« Supra Antiphili portum (4), sunt Creophagi, glandes mutili et mulieres eorum judaice excisæ (5), » il n'y a donc que nymphotomie pour les femmes.

Franck de Franckenau (6), et Leclercq (7) dans sa thèse, reproduisent la même erreur à propos de Strabon.

Zacchias raconte avoir entendu dire que de son temps l'usage des Lydiens commençait à pénétrer en Allemagne (8) : « Verum enimvero quia contingere potest etiam intendum fœminas castrari, ut ad presens in Germania usu venire in quibusdam audivi, nam et olim etiam castrabantur, cum constet Andromitem Lydorum regem, fœminas castrasse, etc. »

Cœlius Rhodiginus (9), Riolan (10), Diemerbroeck, (11), Menage (12), Dollincan (Ancillon) (13), le P. Théophile Raynaud (14), Reiner, Reineccius (15),

(1) Edit. Casauboni, 1587, in-fol. lib. XVI, p. 530.

(2) In DIEMERBROECK. *Anat.*, lib. I, cap. XXIV. — VELPEAU, *Méd. opér.*, p. 299.

(3) *Loc. cit.*, p. 28.

(4) Côte africaine de la mer Rouge.

(5) STRABO, p. 530 et a. pp. 531 et 535.

(6) *S. med.* II, p, 41.

(7) Paris, 15 septembre 1695, § 1.

(8) PAULI ZACCHIÆ, *Medici romani, Questiones med. leg.*, lib. II, t. III, p. 104, Amsterdam, 1651.

(9) *Lection antiq.* lib. XX, cap. XIV et lib. XIX, cap. XXIX, L. A. « *Gygen omnium Principem scribit dum Lydis imperaret* Γυναῖκας εὐνουχίσαι, *id est mulieres eunuchas fecisset,* ὅπως αὐταῖς χρῷτο ἀεὶ νεαζούσαις, *id est, ut illis perpetuo juveniliter florentibus uti valeret.* » Voy. aussi SCHENCKIUS, *loc. cit.*, obs. CCCVI, p. 732.

(10) *Opera omnia*, Paris, 1610, *Anat.*, p. 142.

(11) *Anat. corp. hum.*, lib. I.

(12) *Menagian.* t. II, p. 101.

(13) *Traité des eunuques*, chap. VII, p. 44.

(14) *Eunuchinati facti mystici, cap. de castrand. mulier.* Dijon, 1665.

(15) *Hist. Lydior. orig. et imper.*, t, III, fol. 82.

Franck de Franckeneau (1), Simon (2), etc., paraissent persuadés de la vérité du fait qu'on attribue aux Lydiens (3).

2. On lit dans les auteurs anciens que la castration était une opération pratiquée sur beaucoup d'animaux domestiques : les truies (4), les chamelles (5), les vaches (6), les chiennes, les juments et les brebis (7), et même les poissons (8), ont tour à tour subi cette multilation selon le résultat que l'on voulait obtenir.

3. Plater (9) se demandait si l'extirpation des ovaires ne serait pas possible pour guérir la sensualité.

4. Boerhaave (10) et Regnier de Graaf rapportent d'après Wierus, le fait d'un châtreur hongrois qui ouvrit le ventre à sa fille pour la châtrer et la guérir de son incontinence : « Cujus rei bene couscius rusticus ille fuit, qui, Wiero teste (11), cum filiam suam amasio clam indulgere animad vertisset, ipsam congrue vinculis obligatam castravit ut erat forte sues fœminas castrandi peritus, indè nata, amoris et libidinis oblita rei tantum domes-

(1) *Satyr. médic.* Sat. II.

(2) *De impotent. conjugal.* cap. III, p. 66.

(3) V. pour la castration des femmes : JULES ROUYER. *Etudes medic. sur l'anc. Rome.* Paris, 1859, p. 96. — Les auteurs suivants cités dans le travail de HEVIN (*Rev. méd.* 1836, II, 161). BROKDOEUS. *Miscellan.*, lib. V, cap. III. — BAUSCHIUS. *Shediasmat. de lapid. hæmat. in Præm. hæmato-traumatolog.* p. 73. — HENELIUS. *Olii Vatislau*, cap. XXXV. — RITTERSHUSIUS. Ad § 5, *Institut. de public. jud.* — ALCYAT. *In libr. Spadon* 128, *de verbo signif.* et IV. *antiq. lect.* cap. X. — ITTER. *Synops. philosoph. moral.*, lib. III, cap. III. — KORNMANNUS. *De Jur. virginit.* cap. CXVI, p. 298. — SCHENCKIUS. *Schol. part. hum. corpor.* sect. I, part. II, cap. III et observ. méd. rar., lib. IV, obs. I. — T.-H. BERTHOLIN. *Epist. med.*, cent. III, epist. LXIV. — BIERLINGIUS. *Miscellan. nat. curior.*, dec. 1, ann. 2, obs. CCVIII, p. 310. — BONET. *Med. septentr.*, part. II, lib. IV, sect. I, obs. XXXVI.

(4) GALIEN. *Libr. de semina*, cap. XV. — SORANUS et PLINE. *Histor. natur.*, lib. VIII, cap. LI,

(5) ARISTOTE *περι ξώων ιςτορίας. Histor. animal*, lib. IX, cap. L.

(6) VARRON. *De re rustic*, lib. II, cap. V.

(7) T. H. BERTHOLIN, *loc. cit.*, DIEMERBROECK. *Anat.*, lib. I, cap. XXIII. — PLATER *Observ.*, lib. I, Bâle 1680. — NUCK. *Expérience pour s'assurer si la semence va à l'ovaire par la trompe.* WEPFER. *Hist. cicut aquat*, cap. XIII. — ROSSET. *Part cæsar*, tract. II, p. 106 et tract. V, p. 363 et suivantes.

(8) *Trans philosoph. J. œcon.*, mars 1756, pp. 180 et suivantes.

(9) *Observat.*, lib. III, p. 248, 1680. Bâle.

(10) *Prælect. acad. in propr. instit.* t. V, pars 2, § 669.

(11) WIERUS. *Oper.*, lib. IV. *De præst. dæmon.*, cap. XX, édit. 6.

ticæ sedula deinceps operam novavit (1). » Le même fait est rapporté par Riolan (2), Franck de Franckenau (3), Schenckius (4), Goelicke (5), Schurrigius (6), Bierlingius (7), et Lanzoni (8). Schurrigius (9) cite deux faits analogues qu'il a tirés de Jonston (10), de Bauschius (11) et de Wedelius (12).

5. D'un autre côté on lit dans Franck de Franckenau (13) : « Certe novi nobilem matronam cui puellæ per injuriam externam vulnus obtigit in regione pubis huic testes (ovaria) auferebantur, quæ cæterum sana hactinus sterilis mansit. » Hevin (14) s'étonne avec raison qu'on n'ait pas dans ce cas, réduit les ovaires comme l'avait fait Ruysch dans une circonstance semblable (15).

6. Jacques Nufer, châtreur de cochons du village de Sigenshausen, en Turgovie (Suisse), fit l'opération sur sa femme vers 1500 (16).

7. Tels sont les premiers faits qui se rapportent à la possibilité d'opérer l'enlèvement des ovaires chez la femme, mais qui n'offrent pas en définitive toute l'authenticité désirable : ils représentent ce qu'on pourrait nommer la *période mythologique* de l'ovariotomie.

8. Voici dans le même ordre d'idées, une observation entourée de

(1) Regnier de Graaf. *De mulierum organis generationi inservientibus.* Lugd. Batav. 1672, in 8 cap. 13. *De semina muliebri*, p. 198.

(2) *Antropog.*, lib. II, cap. XXXIV.

(3) *Satyr. med.* 2, not. 5.

(4) *Obs. med. rar.*, lib. IV, obs. CCCVI, p. 733. Voici ce qu'en dit Schenck : « Quidam Joan. ab Essen, ab Illustriss. Clivensi Duce numerata certa pecunia, castrandi jumenta et pecora in Marchiæ comitatu potestatem pro se solo impetratat. Hic ubi quendam familiarius conjonctiusque sua frui filia animadverteret, ira incitatus eam manu injecta evestigio in cubiculum abripit, violenterque uterum eidem quemadmodum pecori solet, exsecat, conceptionique porro inidoneâ sanat. Hujus facinoris ergo centenorum aliquot dalerorum mulcta à principe punitur, nec quidem immerito. »

(5) *Diss. anat. chir. de nov. artif. curandi procident. uter. Frans ad viadr.*, § 9.

(6) *Parthen. hist. med.*, sect. III, cap. IX, § 9.

(7) *Miscell. nat. cur.*, dec. 1, ann. 2, obs. 208.

(8) *Schol. in obs. 4. Moinichen vid. oper. omn.*, t. III, p. 408.

(9) *Loc. cit.*, cap. VIII, § 9.

(10) *Thaumolograph. natural.*, class. X, cap. V, art. IV, p. 467.

(11) *Delapid. hæmat. præm. hæm*, p. 73.

(12) *Physiol. med.*, sect. III, cap. XXVIII, p. 195.

(13) *Loc. cit.*, *Satir. med.*, p. 41.

(14) *Loc. cit.* (Mém. de chir., t. III, p. 319).

(15) Obs. XVI, p. 22.

(16) *ὑστεροτομοτοχία.* Francisci Rousseti. *Gallice primum edita nunc vero* Caspari Bauhini, *Med. Doct. et Prof. in Acad Basiliens. opera latine reddita.* Basileæ, in-8°. Appendix.

toutes garanties de véracité et qu'on peut lire dans la relation d'un voyage de Dehli à Bombay, exécuté en 1841, par G. Roberts de la Société orientale (1) : nous n'en rapportons que les extraits qui peuvent nous intéresser :

« Point de gorge ni de mamelon; l'ouverture du vagin entièrement oblitérée et ne montrant aucune marque de cicatrice; le méat urinaire saillant et libre; atrophie complète du tissu cellulaire aux parties génitales, très prononcée sur le reste du corps, quoique cependant à un degré moindre; point de poils, quoiqu'elles n'eussent jamais fait usage de rasoir ou de l'épilatoire usité chez les Hindous des deux sexes; pas de hanches, c'est-à-dire aussi peu développées que chez l'homme : on eut dit que les branches descendantes du pubis et les branches ascendantes des ischions s'étaient réunies et soudées à la place que devait occuper le vagin; cette partie, touchée avec la main, laissait sentir une légère saillie cartilagineuse sous-cutanée; les fesses étaient aplaties, les rotules saillantes; point de flux hémorroïdal, point d'hémorrhagie nasale pour suppléer au flux menstruel des époques périodiques; point de désir vénérien pour l'un ni pour l'autre sexe.... »

« L'opération est-elle pratiquée chez elles de la même manière qu'on le fait sur les femelles des cochons? C'est ce que j'ignore. Je n'ai pu rien apprendre d'elles-mêmes. J'ai seulement découvert sur l'une d'elles, à la partie antérieure et supérieure de la crête des deux os des îles, une cicatrice d'un demi-pouce de circonférence; mais, comme ce stigmate n'existait pas chez les autres, je n'ai pu en tirer aucune conséquence. D'ailleurs il est d'habitude chez les Hindous de se faire cautériser avec le fer rouge sur toutes les parties du corps où il y a douleur, engorgement ou rhumatisme, aussi n'en voit-on jamais sans cicatrices, produites par ce mode de traitement. Un vieux brahme, avec lequel j'eus occasion de parler des *hedjeras*, à Indore, (capitale du Malouah), m'assura qu'on produisait l'atrophie des ovaires, en les piquant avec des aiguilles imprégnées dans le fruit du *bhel phoul* encore vert (2). »

(1) Negroni, *loc. cit.*, p. 25, note A. — *Bibliothèque du médecin praticien*, t. I, p. 673.

(2) Dr G. Roberts, membre de la Société orientale de Paris. *De Delhi à Bombay, fragment d'un voyage dans les provinces intérieures de l'Inde, fait dans l'année* 1841. Didot. Paris, 1843, in-8°.

9. Percival Pott (1), Lassus (2), Deneux (3), rapportent avoir extirpé des ovaires herniés chez des filles à divers âges et qui guérirent. — Plus récemment Guersant fut moins heureux : il prit pour un kyste de la grande lèvre, l'ovaire hernié chez une petite fille de 11 ans et l'extirpa : elle mourut de péritonite au troisième jour (4).

Chez l'homme, les effets de la castration seraient plus redoutables si la tunique vaginale communiquait avec la séreuse abdominale : Pott et Deneux ont dû en partie leur succès aux adhérences qui établissaient dans l'anneau, la séparation du sac et de la cavité du ventre : l'opération de la hernie étranglée n'est du reste pas comparable avec une large ouverture des parois abdominales et toutes ses conséquences : introduction de l'air, épanchements de toute nature, etc. (5).

10. *Opinion des auteurs sur la castration des femmes. a*) Galien s'était déjà prononcé sur cette opération qu'il jugeait impossible à cause de l'hémorrhagie probable et de la nécessité de faire des incisions dans l'une et l'autre île (6).

Riolan (7) invoque aussi la nécessité des deux incisions pour repousser l'opération comme trop grave. Bonet donne le même argument (8).

Diemerbroeck (9) y trouve les dangers suivants : ouverture des îles, issue des intestins, hémorrhagie, ligature ou cautérisation actuelle d'une application impossible si l'on devait arrêter le sang des vaisseaux : pratique inhumaine.

Pour Zacchias (10), tenter la castration constitue une pratique barbare et très-dangereuse.

(1) *Œuvres chir.*, 1777. t. I, p. 492. Paris, traduction française.
(2) *Pathol. chir.*, t. II, p. 100.
(3) DENEUX. *Rech. sur la hernie de l'ovaire*, obs. XII.
(4) *Gaz. des hôpit.*, 1851. — *Journ. de méd. et de chir. de la Soc.*, etc., *de Brux.*, 1851, p. 47.
(5) *Biblioth. du méd. prat.*, t. I, p. 672.
(6) *Lib. de semine*, t. I, cap. XV, f. 333 H. Venise, 1625. — SCHURRIGIUS. *Parthenol hist. med.*. sect. III, cap. VIII, § 7 et 8.
(7) 1610. — *Oper. omn. Anat. Hist. anat. part. mul.*, cap. V.—*Anthrop.*, l b. II, cap. XXXIV,
(8) *Med. sept.*, part. 2, lib. IV. — *Polyalth*, t. III, lib. V, cap. XXIII, n° 16.
(9) *Anat. corpor. hum.*, t. I, cap. XXIV. Lyon, 1679.
(10) *Quæst. med. leg.*, lib. VIII, t. II, Q. 4, n° 14.

b) Il est néanmoins des chirurgiens anciens qui n'envisageaient pas cette question sous un jour aussi sombre et parmi eux nous rencontrons Th. Bertholin (1) et Félix Plater (2) : ce dernier ne regarde pas la castration des femmes comme bien difficile, mais il n'en voit pas l'utilité, sauf dit-il, pour réprimer la salacité de certaines femmes : il ne pense pas qu'on en ait jamais fait l'épreuve : il ignorait donc l'histoire des Lydiens ou il n'y croyait pas.

Sinibald considère cette opération comme peu difficile et dangereuse entre les mains d'un opérateur adroit et expérimenté (3), idée qu'émet également Cardan (4), seulement, il n'en voit pas non plus l'utilité : à l'inverse de Plater néanmoins, il trouve qu'elle ne réprimerait même pas la salacité, mais qu'à coup sûr elle produirait la stérilité.

Franck de Franckenau (5) en rapportant l'observation que nous avons citée plus haut de l'extraction des ovaires à la suite d'une plaie reçue au bas-ventre, rejette l'opération comme difficile, mais non impraticable.

Enfin Lebas (6) se prononce assez lestement pour l'affirmative en s'appuyant sur cette seule considération que si la castration réussit bien chez les animaux entre les mains des paysans, elle doit bien mieux réussir chez la femme entre les mains d'un chirurgien habile.

11. *Opinion des auteurs sur l'extirpation des ovaires malades.* — Jusqu'ici il ne s'est agi que de tentatives faites sur des ovaires sains et dans un but étranger aux indications nettement posées au chirurgien. — Ce n'est guère que vers le XVIIe siècle que les chirurgiens commencent à s'inquiéter du traitement radical à apporter aux ovaires malades, qu'ils émettent l'idée qu'on pourrait les extirper et qu'ils discutent la valeur d'une opération aussi hardie.

En 1685, Théod. Schorkopff, à la suite d'une observation d'hydropisie de l'ovaire (7) n'hésite pas à dire « que l'extirpation de l'ovaire lui-même pro-

(1) *Epist. med.*, cent 3, epist. 64, p. 260.
(2) Obs., lib. 1, p. 249.
(3) *Genanthr.*, lib. III, tract. 3, cap. XII, p. 343.
(4) *In dialogo Tetim, sec. de humanis consiliis inscripto.*
(5) *Satyr. medic.* 2, § 1, pp. 36 et 40.
(6) *Thèse du collège de chir.*, 1756, p. 8. Paris.
(7) *Dissert. medic. inauguralis de hydrope ovarii*, feb. 1685. « Majorem afferet medelam ipsius ovarii per sectionem extirpatio, nisi crudelis et majori cum periculo conjuncta videretur. »

curerait plus sûrement la guérison si elle ne paraissait pas aussi cruelle et accompagnée de tant de danger. »

En 1718, Peyer Imhoff (1), rejette l'opération pour s'en tenir au traitement palliatif.

Joh. Ehrenfried Schlencker, à qui on a longtemps attribué à tort la priorité de l'idée d'appliquer aux ovaires malades l'opération de la castration discutée si longtemps à d'autres points de vue, se demandait à propos d'un squirrhe de l'ovaire, s'il ne serait pas possible conformément à ce que raconte Athenée, d'extirper les ovaires par une ouvertnre faite au bas-ventre (2) « *an vero per incisionem extrahi possint ovaria, prudentibus dijudicandum relinquo.* » Scheffer (3) n'ose se prononcer.

D'après Velpeau, en 1731, Villiers se demandait aussi s'il ne serait pas possible d'ouvrir l'abdomen pour extraire les kystes ovariques (4).

Willius de Mulhausen (Alsace) rejette l'opération (quoi qu'il lui parut qu'on y est plus ou moins autorisé par les résultats de l'opération césarienne), parce que dans le principe le volume de la tumeur ne permet pas de la reconnaître, qu'en tout cas à cette époque il n'y a rien à faire, et que plus tard lorsque la tumeur est volumineuse et gênante pour la malade, il y a des adhérences considérables, qu'il faudrait faire une incision fort longue d'où des douleurs atroces, hémorrhagie, introduction de l'air dans le ventre et altération des viscères abdominaux, « il vaut donc mieux, termine l'auteur, laisser mourir paisiblement la malade que de lui donner la mort de propos délibéré (5). »

Quelques années plus tard, la même question est examinée et discutée par Ulric Peyer (6) qui avance à peu près les mêmes arguments pour la rejeter, et déclare qu'il est plus sûr de s'en tenir à une cure palliative.

(1) *Ovarium hydropicum in virgine repertum.* Basileæ, 1718.

(2) *Dissert. med. inaug. de singular. ovarii sinistri morbo. — Lugd. Batav.* 1722 (Thèse 21), in *Haller disputat. med.*, t. IV, p. 439.

(3) *Historia hydropis saccati.* Altorf, 1724.

(4) *Enc. des sc. méd.*, 1844, t. CXLVIII, p. 84 et Thèse de Cazeaux.

(5) *Specimen medicum sistens stupendum abdominis tumorem.* Basileæ, 1731, thèse 46, pp. 35 et 36.

(6) *Acta helvetica physic. mathem. botan. med.*, vol. 1, in append., thèse XXXII, p. 58. Basileæ, 1751.

En 1752, le docteur Giovanni Targioni Tozzetti s'occupe longuement de la question (1) et la discute d'une façon très-judicieuse. « Nous possédons, dit-il, un seul cas d'extraction de l'ovaire pratiquée heureusement chez une jeune fille et encore par une personne étrangère à l'art. Si nous possédions un grand nombre de faits certains, non douteux, nous pourrions en déduire l'utilité et la sécurité de l'extraction chirurgicale des ovaires malades, mais pour le moment il n'y faut pas beaucoup compter et il n'y a pas à y penser (2). Si on était certain de l'existence d'une tumeur folliculeuse pleine d'eau dans un ovaire, à membranes minces et qui fut arrivée par son développement à toucher le péritoine par la partie antérieure du bas-ventre, en un point où il n'y eût pas de danger de blesser les viscères, que la femme fut d'ailleurs bien portante, il resterait à examiner si en pareil cas, il ne faudrait pas recourir à la paracentèse. — En cas de tumeur très-vaste, avec altération de la santé, on doit s'en tenir à une cure palliative, dirigée avec la plus grande prudence, pour éloigner le plus possible la terminaison fatale (p. 78). »

Cette question de l'ovariotomie repoussée jusqu'ici par presque tous les chirurgiens qui s'en étaient occupés, fut conseillée par Vanderhaar d'abord (3); puis Delaporte (4), à l'occasion d'une observation de kyste traité sans succès par l'incision, pose nettement la question à l'Académie de chirurgie : « Ne serait-il pas possible d'entreprendre d'emporter le foyer de la maladie, je veux dire la tumeur formée par l'ovaire, quand la cause ne dépend que d'un vice idiopathique et que l'on a pu reconnaître, dès les commencements, que c'est l'ovaire même et l'ovaire seul qui est malade (5). »

Morand, dans l'examen qu'il fit de cette observation et de quelques autres

(1) *Descrizione d'un tumore follicolato vastissimo trovato nel ovario sinistro : aggiuntevi diverse riflessioni sopra le malattie degli ovari mugliebri.* In *Prima raccolta di osservazioni mediche*, del dott. Giov. Targ. Tozzetti. Firenze, 1752.

(2) « Ma per ora non ci va molto contato, e non ci va pensato. »

(3) In Logger, *loc. cit.*, p. 76.

(4) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. II, p. 455, 1753 et *Édit. encyclopéd.* t. II, p. 59.

(5) Lieutaud apportait des observations en même temps que Delaporte (Velpeau. *Méd. opérat.*, p. 297).

communiquées à la Société, se fit le défenseur de l'idée de Delaporte et l'appuya chaudement (1).

Le célèbre médecin de Vienne, Dehaën, s'éleva avec force contre ces tendances (2) : « *Consultum igitur mihi videtur hanc operationem haudita promovere, ne fortè temerarii nonnulli chirurgi eadem in humanam perniciem abutantur.* »

Sire Jean de Nancy (3) la regarde comme difficile et périlleuse, applicable seulement quand la maladie a fait des progrès qui rendent l'opération impraticable; puis, dit-il, presque toujours les deux ovaires sont malades : en n'en opérant qu'un, le mal de l'autre s'accroît.

Si la maladie n'est pas fort ancienne, qu'il n'y a pas d'adhérences, que le pédicule est grêle et long, on peut, d'après Van Zwieten (4), recourir à l'ablation des ovaires.

« *Morbo nondum admodum provecto, dum minor adhæsionis metus est cum vicinis, non videtur impossibile hoc cum spe felicis eventus tentari posse.* »

Dans un très-bon mémoire auquel nous avons eu fréquemment recours, Hevin (5) conclut des recherches et des considérations auxquelles il s'est livré, que l'extirpation des ovaires malades soit squirrheux, soit hydropiques, n'est aucunement praticable; que ce serait même une témérité pour ne rien dire de plus, d'entreprendre inconsidérément une opération effrayante par elle-même et dont les suites, nécessairement funestes, seraient incomparablement plus redoutables que la maladie même qu'on aurait eu dessein de combattre, en un mot, où il y aurait péril imminent sans aucun espoir de guérison.

En 1761, Morgagni en rapportant l'opération pratiquée par Abraham Cyprien (6) en 1720 pour une grossesse tubaire, n'est pas éloigné d'ad-

(1) *Mém. de l'Acad. de chir.*, etc., *loc. cit.*

(2) *Ratio medend.* Paris, 1761, pars IV, t. II, cap. III, § 2, p. 73.

(3) *Observation d'une hydropisie enkystée de l'ovaire*, 1754, pp. 16 et suivantes.

(4) *Comment.* in H. Boerhaave *Aphor.* Liége, 1770, t. IV, § 1223.

(5) *Loc. cit.*, p. 530 (*Mém. de l'Acad. royale de chir.*).

(6) *Epistola historiam exhibens fœtus humani post menses XXI ex uteri tuba, matre salva, ac superstite, excisi.* Leyde, 1720.

mettre l'opportunité de l'ovariotomie lorsque la tumeur a un pédicule mince, unique, facile à étreindre par un lien, comme dans les observations de Muckart et de Schröck, tandis qu'il la rejette si l'implantation est multiple, ou qu'il n'y en ait qu'une, mais très-large (*Si radix multiplex, aut si una, latissima*) (1).

Laumônier terminait la relation de son opération de l'ablation de l'ovaire par ces mots : « Cet exemple et celui de l'amputation totale de l'utérus et du vagin, pratiquée avec succès, autorisent également à assurer qu'avec les connaissances profondes de l'anatomie, il n'est guère d'organes sur lesquels on ne puisse exercer avec avantage les diverses opérations de la chirurgie (2). »

En 1786-87, John Hunter, dans ses leçons sur les principes de la chirurgie (3), ne voit aucune raison qui empêche les femmes de supporter l'extirpation des ovaires, aussi bien que les autres femelles d'animaux (opinion que nous avons vu émettre par Lebas), et la propose au début de la formation du kyste.

William Hunter que Spencer Wells considère dans l'historique résumé qu'il a fait de l'ovariotomie (4), comme le chirurgien qui le premier aurait indiqué l'opération, en admet effectivement la possibilité dans certains cas, mais en employant de petites incisions (5).

Une méthode opératoire pour pratiquer régulièrement l'extirpation des ovaires malades est décrite par Theden (6), en 1793, à l'époque où Power et Darwin (7) défendaient avec chaleur cette opération que Theden rejetait quand même. Darwin, à qui Power manifestait l'intention de tenter l'opération, en admettait la possibilité chez les jeunes femmes, quand il n'existe aucune complication viscérale, parce qu'on la pratiquait sur les animaux sans posséder la moindre notion anatomique (8).

(1) Jo. Baptist Morgagni. *De sedib. et caus. morb.* Venetiis MDCCLXI. Tom., sec, Epist, 38.
(2) *Mém. de la Société royale de méd.*, 1782 83.
(3) *OEuvres complètes.* Trad. Richelot, t. I, p. 635, 1839.
(4) *The med. T. and Gaz.*, 1862, 670.
(5) *Med. observ. and Inquir.*, t. I, p. 41 et suivantes.
(6) *Nova acta natur curios.*, t. V, p. 289.
(7) Velpeau. *Dict. de méd.*, cité, p. 308.
(8) Courty. *Mal. de l'utér.*, p. 948.

Chambon de Montaux (1), Latapie (2) et Samuel Hartmann, d'Escher (3), l'admirent résolument, la défendirent chaleureusement et le dernier décrivit même d'après le professeur Thumin de Montpellier, la façon dont il conviendrait de la pratiquer : à grands traits, c'est encore celle qui est suivie aujourd'hui. Montaux exposa les indications et les contre-indications de l'ovariotomie avec une clarté et une précision qu'on ne pourrait guère dépasser aujourd'hui qu'on a l'expérience d'une foule de faits.

Selon Monteggia (4), auteur d'un procédé d'ovariotomie, la dimension de la plaie à pratiquer pour atteindre l'ovaire et l'extraire doit en principe faire reculer le chirurgien devant cette opération. Il l'eut peut-être admise dans le cas de volume peu excessif, mais, dit-il, où trouver une femme qui se fut décidée à pareille opération, lorsque la maladie n'est pas trop avancée (5), plus tard maintenant, que d'adhérences et de complications on s'expose à rencontrer! En somme il conclut que pour le moment, on en est réduit à la cure palliative et à la paracentèse.

Sacchi, de Milan, au contraire (6), engage vivement les chirurgiens à s'occuper de ce point si important de la science (dell' ovariotomia) « Les faits me forcent à admettre dit-il, que malgré ses périls, l'extirpation des ovaires sera toujours préférable à la ponction ou à tout autre moyen, lesquels peu souvent praticables, nous donnent si peu de chances de guérison. »

En France cependant, Sabatier, Dupuytren, Sanson et Bégin proscrivent d'une manière absolue l'extirpation de l'ovaire (7), en se basant sur les considérations suivantes :

1° L'ovaire malade est souvent adhérent à toutes les parties voisines.

(1) *Malad. des femmes*, 2e édit., 3e part., p. 293, an. VII. *Malad. chron. à la cessation des regles. — De l'extirpat. des ovaires*. La première édition date de 1784.

(2) Thèses de Montpellier, an. V.

(3) *Ibid.*, 1808. *Considérat. sur l'hydropisie enkystée des ovaires.*

(4) *Istituzioni chirurgiche di* G. B. MONTEGGIA. Milano, 1814.

(5) « L'inverisimiglianza che alcuna si voglia lasciar fare questa operazione se non a malattia avvanzata. »

(6) *Sul l'Idrope dell'ovaje, e sulla loro estirpazione. — Annali Universali di medecina di Milano.* Anno 1832, vol. 6, p. 237. — Voir aussi *Ippocratico*, anno XXXII, 1869, apr. n° 7.

(7) *Méd. opérat. de* SABATIER, édit. de DUPUYTREN, t. II, p. 503.

2° Les vaisseaux de l'organe se dilatent à mesure qu'il grossit, de sorte que son extirpation expose à des hémorrhagies dangereuses.

3° Il est quelquefois impossible de savoir positivement si la maladie à combattre est dans cet organe ou dans toute autre partie.

4° Souvent les deux ovaires sont malades en même temps et exigent par conséquent deux opérations au lieu d'une.

5° Enfin quel temps prendrait-on pour faire une semblable opération? Celui où la tuméfaction commence? On en est très-rarement averti parce que il y a peu d'incommodités; d'ailleurs on ne sait si le mal continue ou si le mal restera stationnaire. — Prendrait-on le temps où il est déjà très-avancé? Mais la grosseur de la tumeur augmentera le danger et ses adhérences qui peuvent être nombreuses, rendront l'opération impossible.

La moindre réflexion, disait Boyer (1), dont le grand sens pratique fut singulièrement mis en défaut à ce sujet, suffit pour montrer les dangers et l'impossibilité de cette opération qui n'a pas été pratiquée (2) et qui ne le sera vraisemblablement jamais.

« Si cette opération peut quelquefois être mise à contribution par un praticien sage, disent les auteurs de l'excellent *Traité des mal. de l'utérus* (3), c'est quand le diagnostic ne laisse aucun doute, quand la mobilité de la tumeur et son peu d'ancienneté font présumer qu'elle est sans adhérences, quand l'absence de toute dureté après une ponction exploratrice écarte toute idée de complication grave..... Si l'on y avait recours, ajoutent-ils, il faudrait ce nous semble, faire l'incision la moins étendue possible, vider le sac par la ponction, le retirer au dehors en état de vacuité. »

Récamier, comme nous l'avons vu déjà, en reconnaissant les inconvénients de son procédé de ponction abdomino-vaginale, se demandait aussi (en 1839) s'il n'y aurait pas opportunité à extraire les kystes uniloculaires sans adhérences.

Cette tendance à accepter les résultats d'une opération dont les succès commençaient à s'accentuer avec éclat en Amérique et en Angleterre,

(1) *Traité des mal. chir.*, chap. XXXVI, art. 4. Paris, 1849, p. 489.
(2) Nous verrons plus tard quelle erreur renfermait cette affirmation.
(3) Boivin et Dugès, p. 242, t. II, 1834.

quoique avec des réserves qui devaient en rendre la pratique excessivement rare, ne fut cependant pas partagée par les auteurs contemporains.

« Il y a plus que de l'imprudence disaient Roche et Sanson (1), à faire courir à ses malades les chances d'une mort prompte et presque certaine pour les débarrasser d'un mal incommode, il est vrai, mais avec lequel elles peuvent vivre sans trop souffrir et souvent pendant de nombreuses années. »

Marjolin fait observer (2) que tous les praticiens sages s'accordent à penser que l'extirpation des kystes simples de l'ovaire ou des kystes compliqués de squirrhe de cet organe doit presque constamment occasionner des accidents mortels primitifs ou consécutifs; qu'il n'est pas convenable de tenter cette opération et qu'il est préférable d'abandonner la malade à elle-même lorsqu'on a perdu l'espoir de la guérir par le secours d'un régime et des médicaments.

L'ovariotomie pour des tumeurs un peu volumineuses paraissait entourée de trop de dangers à Gendrin, pour qu'on en fit une opération régulière (3) et Giraldès, en 1844, la considérait comme dangereuse, effrayante, souvent inutile et par conséquent comme devant être énergiquement rejetée (4).

Opération impossible! s'écriait Vidal de Cassis, en 1847 : répétés par Velpeau (5), ces mots avaient relégué l'ovariotomie dans les témérités chirurgicales : quelques années auparavant (6), Velpeau l'avait cependant conseillée pour des tumeurs mobiles, à pédicule peu volumineux et

(1) *Nouv. élém. de pathol. méd. chir.*, t. 1, p. 445, 1837.

(2) *Dict.* en 21 vol. — Kyste.

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1840, n° 44.

(4) Rapport lu à la Société médicale d'émulation sur la thèse de concours de Cazeaux intitulée : *Kystes de l'ovaire*, 4 déc. 1844.

(5) « Ce sont de telles témérités qu'il faut repousser de toutes nos forces, parce qu'elles ne sont preuve que de folie. Il est heureux pour l'honneur de notre art et de notre nation que rien de semblable ne se passe ici : c'est en Amérique, c'est en Angleterre, c'est en Allemagne aussi, qu'on a été témoin de semblables folies : tous les ans, tous les mois, les journaux étrangers nous apportent la nouvelle de pareilles tentatives, tout le monde les fait et chose inouïe, c'est de les voir faire par des gens d'un grand mérite. » (*Gaz. des hôp.*, 1847, p. 420. — Leçons cliniques.)

(6) *Méd. opér.*, t. VI, p. 19. Paris, 1839. — *Dict. en 30 vol.*, t. XXII. Art. ovaire, p. 594.

A. Chereau (1) en constatant par sa statistique 42 succès sur 65 opérations, se prononçait en sa faveur.

Stolz, cependant, proteste : « Nous ne doutons pas, disait-il (2), qu'insensiblement l'extirpation de l'ovaire ne paraisse moins dangereuse et n'entre dans la pratique.

« Ce n'est pas la première fois qu'on repousse en France, avec obstination, un procédé opératoire parce que théoriquement on croit sa réussite impossible, ou parce qu'il n'a pas réussi entre les mains de certaines personnes. »

Ch. Bernard, dans un travail assez complet (3), et d'après le dépouillement fait des cas d'ovariotomie pratiqués en Angleterre de 1850 à 1855 et la statistique de W. L. Atlee (1855) conseille comme Chéreau de recourir à l'ovariotomie.

Les chirurgiens français n'en continuèrent pas moins à jeter l'anathème sur l'ovariotomie, autorisés qu'ils l'étaient par la proscription quasi absolue (4) dont on avait frappé cette opération dans la discussion solennelle provoquée en 1856 à l'Académie impériale de médecine, par la communication de Barth, et qui arracha à Cazeaux sa douloureuse exclamation (5).

Jusqu'à quel point se demande Aran (6) peut il être permis à un médecin

(1) *Journal des conn. méd. chir.*. juin 1844, p. 228. — *Union méd.*, 1847, p. 394. — Esquisse historique sur l'ovariotomie.

(2) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1852, p. 115.

(3) *Arch. générales de médecine*, 1856, t. II. — *De l'ovariotomie*, p. 472.

(4) MALGAIGNE. « Les statistiques alléguées ne prouvent rien : on sait ce que valent ces statistiques où tous les succès sont ramassés et où manque la liste des revers (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine de Paris*, 1856-57, p. 25.) » — CRUVEILHIER. « Le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires (*Ibid.*, p. 90). » — HUGUIER. « Nous la repoussons d'une manière presque absolue (*Ibid.*, p. 113). » — JOBERT. « Opération dangereuse qui doit trouver bien rarement son application (p. 154) » — VELPEAU. « Opération affreuse qui doit être proscrite quand même les guérisons annoncées seraient réelles! (*Ibid.*). » — MOREAU. « Opération qui doit être rangée dans les attributions des exécuteurs des hautes œuvres (p. 226). »

(5) CAZEAUX. « N'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine? Avant de proscrire il faut examiner et l'on n'a pas suffisamment examiné (p. 181). »

(6) *Loc. cit.*, p. 1083.

de se prêter au désir de ses malades pour pratiquer une opération dont les dangers sont au moins aussi grands que ceux de l'opération césarienne, et qui ne se trouve justifiée ni dans la nécessité, ni dans la confiance qu'un médecin peut placer en une opération de ce genre?

Cette opération est tombée dans un juste oubli, dit à son tour Becquerel (1), et nous ne pensons pas maintenant qu'aucun chirurgien ou médecin songe à la préconiser.

Les tentatives malheureuses de Maisonneuve, Rigaud, Nélaton, Bach et l'oubli dans lequel étaient tombés les brillants succès de Woyeikowski et de Vaullegeard, ne constituaient pas pour la France, il faut le reconnaître, un bilan suffisamment avouable pour entraîner conviction.

En Allemagne, où les chirurgiens avaient des premiers, attiré l'attention sur l'indication de pratiquer l'ovariotomie dans les cas désespérés (2), les efforts de Chrismar d'Isny (Würtemberg), de Dohloff, Martini, Langenbeck, Knorre, von Kiwisch, Roser, Stilling, Heyfelder, von Siebold, Bardeleben, Baum, von Scanzoni, Hayny, Wattmann et d'autres, ne purent davantage réhabiliter l'extirpation des ovaires que les sarcasmes de Dieffenbach et la statistique lamentable de G. Simon achevèrent de discréditer (3). — Frölich, par sa statistique avait également cherché à démontrer que l'ovariotomie est plus grave que l'opération césarienne qui donne 63 pour 100 de mortalité d'après Kasser, et 2 sur 3 d'après d'autres (4).

Kiwisch (5), mais surtout Ulsamer (6) avaient produit tout ce qui est désirable pour cette redoutable opération, et avaient donné un tableau synoptique de tous les cas connus avec la description des divers procédés opératoires.

Le retentissement que la discussion de l'Académie impériale de méde-

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 247, 1859. Il n'était pas au courant de ce qui se passait en Angleterre?

(2) SCHORKOPF (1685) et SCHLENKER en 1722.

(3) Voir KUMAR in *Wochenbl der zeitschr. der K. K. Gesellsch. der Aertze in Wien*, 1866, p. 225.

(4) SCANZONI's *Beiträg. zür Geburtsk.*, t. III. — *Med. chir. Monatschr. u. z. w.*, 1858, Bd I, s. 546.

(5) *Neues operatives Verfahren gegen die einfache Cystenentscislung der ovarien. Prag. — Vierteljahrschr.*, 1846. Bd. II, p. 140.

(6) *Ueber die Ovariotomie. Inaugural Dissert.* Würzbourg, 1851.

cine eût dans le monde savant, obtint son écho en Allemagne et dès ce moment jusque dans ces tout derniers temps, l'opération sembla complètement abandonnée. « Nous devons, dit Scanzoni, rejeter complètement l'ovariotomie et nous renonçons à la gloire d'avoir accompli avec succès une pareille opération jusqu'à ce que des faits soient venus démontrer qu'elle ne se termine pas aussi fréquemment par la mort que nous le croyons maintenant. »

Que s'était-il passé pendant tout ce temps en Angleterre? Dans ce pays, où W. Hunter et Ch. Bell avaient de bonne heure établi les indications et décrit des procédés opératoires sans que l'un pas plus que l'autre de ces chirurgiens les eussent mis en usage, la publication (1) des observations que Mac Dowell envoyait à son maître Bell et que le hazard fit tomber entre les mains de Lizars, d'Edimbourg (Bell était mort), avait eu un grand retentissement sans cependant faire naître des imitateurs du chirurgien de la Virginie.

James Blundell (2) affirmait néanmoins déjà que « de toutes les branches de la chirurgie, il n'en est pas qui admette de plus grands progrès que la chirurgie de l'abdomen.... l'extirpation de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, simple ou squirrheux, deviendra une opération d'un usage général. »

Lizars lui même fut le premier qui osa entreprendre en 1825 une ovariotomie régulière dans la Grande-Bretagne : il se montra, malgré ses insuccès, tellement partisan de la gastrotomie, qu'il la pratiquait également pour la grossesse extrà-utérine, la grossesse avec dystocie des parties dures, l'étranglement interne, etc. Ecoutons les observations que son enthousiasme lui fait écrire (3).

1° L'inflammation (à propos de la péritonite) est un accident dont les membranes séreuses sont moins susceptibles que les organes celluleux plus bornés. L'exhalation du liquide qui les humecte continuellement,

(1) *Edinb. med. and surgical Journal*, vol. 32.

(2) *Physiological Researches.* — Voir COURTY. *Mal. de l'utér.*, p. 949.

(3) *Observation sur l'extirpation des ovaires. — Observat. on extract. diseased ovaries.* Edinburg, 1825, in-folio.

semble affaiblir les causes de l'inflammation comme on peut le prouver par l'intervention de l'art dans l'hydropisie de la tunique vaginale;

2° La largeur de la base de la tumeur est un danger illusoire et cela d'après des faits cliniques que rapporte Lizars et d'après l'opinion de Hunter, Everard Home et Abernethy qui professent que les tumeurs des membranes séreuses y sont attachées par un pédicule;

3° Les adhérences sont difficiles à reconnaître : dans un cas de Morgagni, la tumeur remplissait si complètement la cavité du bassin qu'elle était immobile, quoique fixée seulement par un petit pédicule;

4° Dilatation des vaisseaux : ces vaisseaux, dit Lizars, sont les artères spermatiques très-faciles à lier : il doute que jamais la tumeur en reçoive d'autres que celles de l'épiploon, il n'a jamais vu, même dans les dissections d'ovaires prodigieusement volumineux, un seul vaisseau sanguin quitter sa direction pour se rèpandre dans la tumeur : une seule fois il a vu ceux de l'épiploon se ramifier à la surface et pénétrer dans l'intérieur de la tumeur.

Les succès douteux de Lizars, les deux tentatives positivement malheureuses de Grandville à Londres (1827), l'insuccès de Morgan (1839) à l'hôpital, et celui de Benj. Philipps (1840) à Marylebone-Hospital avaient été quelque peu compensés par l'impulsion nouvelle que donnèrent à l'opération les remarquables résultats obtenus par Jeaffreson de Framlingham, King à Saxmundham, Crisp de Harlestone et West de Tonbridge, lesquels opéraient par la méthode indiquée par Hunter, c'est-à-dire la petite incision (2 à 3″), tandis que M. Dowell, Lizars et Grandville pratiquaient une incision de plus de 16 à 20″ comme le voulait Ch. Bell.

L'ovariotomie discutée encore une fois et anathématisée par les chirurgiens anglais les plus autorisés comme un véritable attentat à la vie de son semblable, alors qu'on peut espérer prolonger son existence de plusieurs mois, voire même de quelques années, fut abandonnée par ceux-là qui ne voient que par les yeux des maîtres : les erreurs de diagnostic de Dowell, mais surtout celles de Lizars qui eût à subir les critiques les plus désagréables, ne furent pas les arguments les moins puissants apportés par les adversaires de l'ovariotomie.

Le 12 septembre 1842, une nouvelle ère s'ouvrit pour cette opération par les brillants succès de Ch. Clay, de Manchester, qui par une longue série d'ovariotomies heureuses (1), démontra ce que peuvent faire en pareil sujet, les indications nettement posées, le choix judicieux des cas opérables, la perfection des procédés opératoires et un traitement consécutif bien entendu : la brillante réputation de Ch. Clay, comme accoucheur et gynécologue, qui l'avait fait connaître du monde savant, antérieurement à ses essais d'ovariotomie, jointe aux éclatants succès de ceux-ci, entraînèrent bientôt un grand nombre de chirurgiens à l'imiter et l'on vit alors opérer, quoique moins heureusement en général, Fréder. Bird, H. Walne, Lane, et Philipps.

Walne, convaincu par l'expérience, se prononce nettement pour la légitimité de l'opération partiquée par large incision (2).

Simpson émettait, en 1846, des arguments d'une conviction chaleureuse pour réhabiliter une opération qu'il devait, quelques années plus tard (1863), pratiquer lui-même avec succès (3).

Tilt réservait l'opération pour les kystes uniloculaires à dépôt solide (4).

Pendant les luttes que l'ovariotomie eut à soutenir de 1846 à 1852, et beaucoup à cause d'elles, cette pratique avait fait de remarquables progrès : les symptômes, le diagnostic avaient acquis plus de netteté : les erreurs étaient devenues proportionnellement plus rares, le manuel opératoire s'était beaucoup perfectionné et l'on avait profité des graves mécomptes antérieurs pour apporter plus de soin et de précision au traitement consécutif de l'opération. Bref, cette opération si vivement discutée ne laissait plus guère à désirer entre les mains habiles de Ch. Clay, Simpson, Bird, Sully, Duffin, Philipps, etc. On devait croire que l'ovariotomie avait enfin conquis le

(1) Voir *Med. Times*, 1842 et suiv.

(2) « That the removal of dropsical ovaries by the large incision will become a legitimate operation in the hands of qualified surgeons, there can remain no doubt on the minds of practical men, who have lookeid into the subject. J know, that many such already consider the operation. My won experience confirms me in my opinion of its usefulness, humanity and practicability, etc. » (*Med. Times*, 6 jan. 1844.)

(3) *Lancet.*, novembre 1848.

(4) *The obstetric. Memoirs and contrib.* of James W. Simpson, t. I, p. 263. Edinb. 1855.

rang qu'elle méritait dans la chirurgie. Néanmoins elle continua à avoir en Liston, Rob. Lee et Lawrence des adversaires acharnés et puissants, qui la poursuivaient de leurs anathèmes dans leurs écrits et leurs discours. Les accusations et les jugements d'hommes aussi éminents, devaient naturellement attirer de leur côté la généralité des praticiens qui ne pouvaient prendre de décision par eux-mêmes. On s'acharna à voir dans l'ovariotomie, non pas l'unique moyen de salut dans une maladie qui ne pardonne pas et contre laquelle il n'existait pas d'autre ressource, mais seulement le danger qu'elle faisait courir à la patiente. La difficulté ou même l'impossibilité de reconnaître l'existence des adhérences, et par suite la triste prévision de devoir abandonner une opération commencée en laissant en danger de mort une malade à laquelle on avait pratiqué une plaie abdominale affreuse, étaient les épouvantails que les adversaires de l'ovariotomie exposaient continuellement devant les yeux des chirurgiens.

Clay avait cependant prouvé par ses nombreuses opérations que les adhérences n'apportaient aucun obstacle à l'achèvement de l'opération, et que leur détachement n'entraîne aucune suite grave ; qu'au contraire c'étaient précisément ses opérées qui avaient présenté les adhérences les plus considérables et les plus intimes, pour lesquelles il avait dû dépenser le plus de peine et de temps, qui avaient guéri le plus rapidement, bien loin d'être emportées par la péritonite.

Fréderic Bird un des partisans les plus autorisés de l'ovariotomie pratiquée par la petite incision, recommandait l'incision explorative comme moyen excellent de diagnostic et sans nul danger, puisque sur 18 malades chez lesquelles il y eut recours, il n'en perdit aucune. C'est à ce propos que Liston, le plus fougueux des adversaires de l'opération nouvelle, demande brutalement s'il est permis de disséquer quelqu'un pour s'assurer s'il a un organe malade (1).

En 1850, à propos de la communication du procédé Duffin sur lequel nous aurons à revenir, la Société chirurgicale de Londres engagea une vive discussion sur la valeur de l'ovariotomie. Rob. Lee y apporta une statis-

(1) « *Some people do not hesitate, to make a hole in the abdomen, put in their Finger, and feel what is there ; as if a man should be dissected, to see what part is disaffected.* »

tique de 162 cas, d'après laquelle il démontrait que dans le 1/3 environ du chiffre total des opérations, avant d'ouvrir le péritoine, il est impossible de dire s'il y a une maladie de l'ovaire, ou en admettant qu'il existe un kyste avec une tumeur ovarique, d'affirmer si son extirpation est praticable (1), aussi rejette-t-il l'ovariotomie comme meurtre et regarde les statistiques anglaises comme mensongères. En 1848 effectivement, Meigs et Ashwell se fondant sur la statistique de Philipps (1844) et celle de Th. S. Lee (1846), repoussaient déjà l'ovariotomie.

Hawkins appuie la statistique de Rob. Lee par celle des hôpitaux de Londres qui accuse 9 insuccès sur 10 opérations et par les 19 opérations inachevées de Bird sur 32, (18 incisions exploratrices et une opération abandonnée plus tard par suite des adhérences). Rob. Lee s'emporte jusqu'à traiter les ovariotomistes de *bouchers* ou *charcutiers* (2).

Dans cette même séance, le vénérable Lawrence, le plus écouté de tous les membres de la Société, demande s'il ne serait pas préférable au lieu de discuter sur la valeur de l'ovariotomie, de l'abandonner une fois pour toutes, pour éviter de continuer à compromettre l'art par des essais indignes de lui.

Depuis cette mémorable discussion jusqu'à la fin de 1857, la cause de l'ovariotomie sans être absolument perdue, devint singulièrement languissante : quelques rares chirurgiens l'entreprenaient encore de loin en loin en province : Ch. Clay seul continua la série de ses succès sans s'inquiéter de l'appréciation que pouvaient en faire les chirurgiens de Londres.

En 1858, Ch. West (3) formulait la même question que Rob. Lee, en admettant que d'après la nouvelle statistique de ce chirurgien portant cette fois sur 292 cas, il y a deux chances pour une d'achever l'opération, et que sur les opérations achevées il y a autant de morts que de guérisons : il se résumait ainsi :

1° Grande mortalité non diminuée par l'expérience ou la dextérité des chirurgiens.

(1) Voir plus loin les statistiques; puis *Med. chir. Trans.*, t. XXXIV, p. 10. London, 1851. *On Analysis of* 108 *cases of ovariotomy*, etc.

(2) « *Pig Slaughterers !* »

(3) *Lectures on the diseases of women*, 2e édit. Lond. 1858, p. 581.

2° Opération de hasard quand même elle se trouve spécialement indiquée.

3° Incertitude profonde du résultat ou de l'état des choses même dans les cas les plus favorables.

D'un autre côté, Barnes en s'appuyant sur une statistique formée avec les observations de Rob. Lee auxquelles il ajoute 21 cas publiés depuis, trouvait qu'on sauve 200 sur 300 malades et que par conséquent il y a devoir sérieux de recommander l'opération (1).

La cause de l'ovariotomie n'était d'ailleurs pas encore perdue dans la Grande-Bretagne et trouvait encore des avocats convaincus, des défenseurs chaleureux :

« Mon expérience personnelle, disait Fergusson (2), dans l'opération de l'ovariotomie, est comparativement bornée et quoique j'eusse des préventions contre elle au début de mon éducation médicale, je soutiens aujourd'hui que le traitement d'une aussi formidable maladie par l'un ou l'autre des procédés mis en pratique dans ce pays, d'abord par Lizars, puis par Clay, Bird, Bak. Brown, Walne et d'autres, est non seulement digne de notre approbation, mais encore, dans plusieurs cas heureux, recommande l'ovariotomie à l'admiration des hommes de l'art. »

Erichsen, le savant si écouté en Angleterre, disait de son côté : « Il n'est pas nécessaire dans le but de justifier une opération, même d'un danger caractérisé, que la malade soit en danger immédiat de mort ; il suffit que la mort par suite de la maladie qu'on se propose d'enlever, soit en fin de compte certaine, qu'elle soit différée par des mois ou par des années de souffrances : à ce point de vue l'ovariotomie me paraît une opération parfaitement convenable et justifiable, et elle offre l'avantage d'une guérison complète et permanente si on la pratique, car il n'y a pas de milieu entre une mort rapide par suite du mal et une guérison complète (3). »

J. Clay, de Birmingham, conclut d'après sa célèbre statistique : « Je

(1) *Lancet.*, juillet 1858. — *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, n° 3, 1858. — *J. de méd. et de chir.*, etc., *de Brux.*, 1860, I, p. 162.

(2) *A system of practical surgery*, 3e édit., p. 792.

(3) *Sc. of surgery*, 3e édit.

n'hésite pas à affirmer que l'ovariotomie doit être fortement recommandée sous l'empire de circonstances déjà connues, comme étant le seul moyen de faire disparaître une maladie incurable par tout autre procédé (1). »

Enfin, l'un des plus zélés défenseurs de cette opération tant combattue et accusée, B. Brown, disait dans ses communications à la Société obstétricale de Londres : « Aujourd'hui je crois que le nombre de ceux qui reconnaissent l'ovariotomie comme une légitime opération s'accroît tous les jours, aussi la pratique-t-on plus fréquemmment que jamais. » Et plus tard : « Les hommes qui d'abord étaient le plus vigoureusement opposés à cette opération comme barbare en sont soudainement devenus les plus chauds partisans et ont abandonné le champ de la pratique médicale qui leur était familier pour recueillir, par l'ovariotomie, le fruit que produit l'opération chirurgicale. »

Néanmoins, diverses notes publiées dans plusieurs volumes des *Transactions*, les discussions qui avaient eu lieu dans la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, avaient jeté un jour défavorable sur les progrès de l'opération : ajoutons à cela un nombre assez considérable de cas malheureux publiés entre 1852 et 1856 et entrepris par Clay, Tanner, Childs, Erichsen et surtout Baker-Brown (1851 à 1854). On ne s'étonnera donc pas trop que, lorsque Spencer Wells commença à opérer en 1858, l'ovariotomie n'était guère en honneur parmi les chirurgiens anglais (2). Tenons compte aussi de ce qu'à même époque, on n'était pas encore revenu de l'impression profonde qu'avait produite le jugement si défavorable de l'Académie impériale de médecine de Paris.

En Amérique, les chirurgiens paraissaient fort peu soucieux de ce qui se passait dans l'ancien monde, et continuaient à enregistrer pêle mêle avec une bonne foi douteuse, leurs succès et plus rarement leurs revers.

Les remarquables opérations et la louable persévérance de Spencer Wells qui, revenu au printemps de 1857 de la guerre de Crimée pour reprendre

(1) *Chapters on diseases of the ovaries, translated from Kiwisch's clinical Lectures et appendix*, Cl. XXVI.

(2) *The med. T. and Gaz.*. 1862, p. 670. — *History and Progress of ovariotomy*, etc., by S. Wells.

son service de chirurgien de Samaritan's Hospital (femmes et enfants), se mit à pratiquer l'ovariotomie en s'engageant à en publier les résultats quels qu'ils fussent; les opérations de John Clay, Bird, Lane, Erichsen, celles de Baker-Brown qui se remit à pratiquer l'ovariotomie qu'il avait abandonnée depuis quatre ans ; de Tyler Smith, adversaire pendant vingt ans de l'ovariotomie et converti par Spencer Wells avec le collègue de celui-ci à Samaritan's Hospital, le docteur Savage, devant les succès de cette brillante opération mis en regard des douleurs et des morts qui sont l'apanage de l'expectation ou du traitement palliatif (1); de Murray Humpfray, professeur à Cambridge, de Fergusson, Thom. Keith, Hutchinson, etc., etc., ont fini par faire adopter l'ovariotomie dans la Grande-Bretagne et la faire admettre au nombre des opérations légitimes.

Le bruit des éclatants succès obtenus par leurs voisins d'outre-Manche, fit renaître l'émulation des chirurgiens français pris de découragement devant les tentatives malheureuses faites sur le Continent, et si peu explicables, qu'on avait cru un instant à l'immunité de la chair anglaise pour les opérations sanglantes.

L'excellent travail de J. Worms (2), en posant nettement la question dans les limites dont on avait trop souvent eu le tort de le faire sortir, ramena l'attention des praticiens français sur ce point important du traitement des kystes de l'ovaire et pour lequel ils se laissaient distancer par les chirurgiens anglais et américains.

Le professeur de l'hôpital de la clinique, Nélaton, se résolut à étudier la question sur son propre terrain, et se rendit à Londres où il put observer 5 malades de B. Brown et le voir opérer le 21 novembre : 5 succès (3). C'est à Nélaton, disaient à cette époque les journaux anglais (4) que l'ovariotomie, émigrée avec la révolution (après Laumônier de Rouen), dût sa rentrée en France.

(1) Léon Lefort. *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 801.

(2) *Etude historique et critique sur l'extirpat. des tumeurs cystiques de l'ovaire* in *Gazette hebdomadaire*, 1860.

(3) *Gaz. hebdom.*, 1862, p. 801.

(4) *Med. T. and Gaz.*, 1862, t. II, p. 18.

L'éminent professeur donna, à son retour, le résumé de ses impressions à la clinique (1) :

1° Il y a lieu d'encourager au lieu de blâmer les chirurgiens disposés à pratiquer l'ovariotomie quand ils la jugent indiquée.

2° L'indication existe quand un kyste multiloculaire commence à amener le dépérissement ou une série d'accidents sérieux.

Il envoie ensuite à la Société de chirurgie une communication sur les kystes de l'ovaire, avec des détails sur l'opération dont il a été témoin dans deux cas, et fait présenter les deux tumeurs enlevées par B. Brown. — Boinet, Verneuil, Blot, Giraldès et Chassaignac repoussent encore l'ovariotomie comme dangereuse et téméraire.

Malgré cela cependant, Nélaton engage les chirurgiens « à se défier des craintes exagérées que cette opération leur faisait concevoir, les exhortant à la juger sans prévention, à céder plutôt à la logique d'une raison calme et froide qu'aux entraînements de leur cœur. »

La première opération, inspirée par le grand chirurgien, ne fut pas heureuse : l'opérée de Demarquay mourut des suites de la chute prématurée de la pince qui maintenait le pédicule. Il voulut encore consacrer par la pratique une conviction fermement établie : sa première opérée, au 40e jour, lorsque la plaie était presque complètement cicatrisée, mourut à la suite d'un écart de régime : elle eut une querelle avec une voisine : le tétanos se déclara et la mort s'ensuivit (2) : depuis lors, Nélaton pratiqua l'ovariotomie 16 fois et obtint 9 guérisons quoique opérant toujours *in extremis* à cause de la réprobation que soulevait cette opération en France (3).

Bientôt de nombreux travaux vinrent appuyer de l'autorité ou des arguments de leurs auteurs, les convictions exprimées avec tant de cœur par l'illustre chirurgien des cliniques : c'est ainsi qu'on peut citer : Ollier (4),

(1) *Leç. profess.* en 1860 à l'Hôpital des cliniques.

(2) Delstanche. *Journal de médecine et de chirurgie*, etc., *de Bruxelles*, pp. 321, 322, 1869, 1er volume.

(3) *Ibid.*

(4) *Gazette médicale de Lyon*, 1862.

Labalbary (1), Gentilhomme (2), R. Herrera-Vegas (3), Kœberlé (4), Negroni (5), Boinet (6), Courty (7), J. Péan (8), Giraldès (9), Saucerotte, fils, etc., etc (10).

Péan, par ses succès obtenus à Paris dans les conditions les plus défavorables de l'hygiène et dans les cas les plus graves au point de vue des autres indications, a démontré qu'on ne pouvait attribuer à l'influence de l'air si incriminé de la grande ville les insuccès déclarés de l'ovariotomie, et enfin Kœberlé par une série de succès éclatants, commencée en 1862, a victorieusement prouvé que la chirurgie française n'a rien à envier aux pays voisins. Courty, de son côté, se croit autorisé à déclarer que l'ovariotomie réussit 2 fois sur 3, quand on ne choisit pas les cas, et 3 fois sur 4, quand on les choisit (11).

En Italie, approuvée ainsi que nous l'avons vu par Tozzetti, en 1752, l'ovariotomie fut tentée avec succès pour la première fois, en 1815, à Faënza, par G. Emiliani : elle tombe alors en oubli pour être reprise en 1859, sous l'impulsion nouvelle que lui communiquèrent la France et l'Angleterre et on vit alors opérer avec des chances diverses, Vanzetti de Padoue, qui a cru à tort avoir opéré le premier en Italie, comme il avait cru l'avoir fait en Russie; puis Peruzzi, Bezzi, Loreta, Bottini, Landi, Malagodi, etc (12).

Elle est tentée pour la première fois en Pologne par Severin Galezowski,

(1) *Des kystes de l'ovaire ou de l'hydrovarie et de l'ovariotomie.* Paris, 1862.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 829. *Essai sur l'ovariotomie.*

(3) *Étude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie*, 1864. Paris.

(4) *De l'ovariotomie. — Opérat. d'ovariotomie*, Paris, 1865.

(5) *Aperçu sur l'ovariotomie.* Paris, 18?6.

(6) *Loc. cit.*

(7) *Malad. de l'utérus*, etc. — *Excursion chirurgicale en Angleterre*, etc. Montpellier, 1863

(8) *L'ovariot. peut elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès?* Paris, 1867, deuxième édition, 1869. — *Ovariotomie et splénotomie.*

(9) *Malad. chir. des enfants.* Paris, 1869.

(10) *De l'ovariotomie. — Gazette médicale de Paris*, 1865, et tant d'autres que nous aurons l'occasion de citer.

(11) Acad. des sciences de Paris, 1865, 25 septembre.

(12) Société de médecine de Paris, séance du 5 octobre, rapport de JULES WORMS : *L'ovariotomie en Italie jusqu'en* 1865, par PERUZZI, de Sinagaglia. — *Aperçu historique sur l'origine et les progrès de l'ovariotomie en Italie.* Lettre à M. le docteur A. A. BOINET, de Paris, in *Ippocratico*, anno XXXII, 1869, 15 apr., n° vol. XV, p. 320.

en 1827; mais l'insuccès relatif de l'opération la fit abandonner jusqu'en 1864, qu'elle fut reprise par Gliszczynski, puis par Girsztowt (1).

En Russie, Vanzetti de Padoue, alors professeur à Charkoff (1846), et Haartman à Helsingfors (1849), opèrent sans succès : l'ovariotomie est abandonnée mais en 1862, elle est reprise par Krassowski qui obtient un succès pour sa première opération et opère ensuite 25 fois jusqu'en 1867.

Malgré la statistique peu encourageante de Langenbeck (2), l'ovariotomie abandonnée pendant longtemps en Allemagne, est reprise sous l'influence de la nouvelle impulsion communiquée par les Anglais, par Ed. Martin (1851), Stilling, Nusbaum, Schuch, Dumreicher, Billroth, Kumar, Neudörfer (Prague), Rabl, etc., (3).

En Suisse, pratiquée pour la première fois, par feu le professeur Breslau et Billroth, de Vienne (4), elle réussit plus tard entre les mains du docteur Montet, de Vevey (5).

Dans nos Flandres la gastro-hystérotomie est une opération commune, puisque le docteur Hoebecke a eu l'occasion de la pratiquer 20 fois en quelques années. D'après Burggraeve l'ovariotomie présente plus de chances de réussite qu'on ne le pense généralement (6). Il n'en est pas moins vrai que les rares tentatives qu'on en a faites dans notre pays n'ont pas été fort encourageantes : une opération habilement faite en province (7), une ovariotomie pratiquée par Sp. Wells, dans l'un de nos hôpitaux de Bruxelles, des tentatives malheureuses à Gand et à Bruxelles; une ou deux ouvertures du ventre servant à faire reconnaître une erreur de diagnostic; tel est à peu près, pour la Belgique, le bilan d'une opération qu'on accepte et pratique maintenant sur tous les points du globe : nous devons néan-

(1) LASKOWSKI. Thèse citée, p. 61.

(2) GURLT. *Verhandl der Gesellsch für Geburtsk in Berlin.* — *Monatschr. für Geburtsk.*, aug. 1862.

(3) KUMAR, in *Wochenbl. d. Zeitschr. des K.K. Gesellsch. der Aertze in Wien*, 1866. p. 225.

(4) *Tre ovariotomie eseguite in Vienna, dal prof. Billroth in l'ippocratico, loc. cit.*, 1869, p. 327.

(5) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, art. 6822, 1865.

(6) *Génie de la chirurgie*, 1853, p. 19.

(7) Nous en avons inutilement demandé l'observation à l'auteur.

moins faire une réserve pour la curieuse observation consignée dans l'ouvrage de Burggraeve et que nous rapporterons plus loin (1).

Des ovariotomies ont été pratiquées à Sing-Sing (1861), à Tandjaore (1859), à Séville (1863), à Carlsruhe, à Munich, à Leipzig, à Upsal, à Dresde, dans la Nouvelle Zélande, etc., (2).

CHAPITRE II.

ÉPHÉMÉRIDES OU HISTORIQUE DES CAS D'OVARIOTOMIE D'APRÈS LEUR ORDRE CHRONOLOGIQUE.

1. On a jusque dans ces dernières années, attribué à Laumônier, de Rouen (3), l'honneur d'avoir le premier, en 1776, extirpé l'ovaire malade chez la femme, mais l'observation de Rob. Honstoun, auteur que Velpeau cite dans le *Dictionnaire* en 30 vol. à l'art. ovaire (4), recule de beaucoup cette époque de première opération comme on peut le voir par la traduction qu'en a faite Kœberlé (5).

Voici du reste cette observation prise sur l'original (6).

« Une femme nommée Marguerite Millar, fut attaquée après ses couches d'une violente douleur au côté gauche : son ventre commence à enfler, après 13 ans, la tumeur était devenue si considérable qu'elle occupait tout le côté gauche et qu'elle semblait devoir abcéder : l'incommodité dont souffrait la malade, jointe à la résolution de cette femme et à son importunité, engagea le docteur Honstoun (août 1701), à ouvrir cette tumeur : il fit d'abord son incision de la longueur d'un pouce environ,

(1) Depuis que nous avons écrit ces lignes, de nouveaux cas ont été publiés et renseignent plusieurs guérisons (Voir *Ephémérides*, 1869, Belgique, note).

(2) Voir plus loin : *Ephémérides*, etc.

(3) La guérison de Mme de Choiseul, l'exemple rapporté par KAPSER, les opérations pratiquées par LAFLISE, de Nancy (*Journal de* VALENTIN) de LENMAN et de DELPECH, ne méritent pas grande créance et on doit contester leur exactitude (VELPEAU. *Dictionnaire cité*. p. 301).

(4) Page 391 et BOINET : *Maladies des ovaires*, p. 289. Voir aussi VAN ZWIETEN *Comment.*, t. IV. Paris, 1773.

(5) *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 436.

(6) *Philosoph. Transact.*, n° 381, sect. 3, vol. XXXII, p. 8. London, 1726, — *An account of a dropsy in the left ovary of a woman aged 58, cured by a large incision made in the side of the abdomen by doctor*. ROB. HONSTOUN.

mais comme il ne sortait encore rien, il l'agrandit de 2 à 3 pouces, alors, il commença à s'écouler par cette ouverture un peu de matière glaireuse : ensuite ayant enfoncé dans la plaie un morceau de bois enveloppé de charpie par le bout, il en tira une substance gélatineuse de la longueur de plus de 6 pieds sur 10 pouces de large : après quoi on remplit encore 9 pintes d'une matière semblable à celle qu'on observe dans les tumeurs stéatomateuses et athérotomateuses et dans laquelle il y avait un grand nombre d'hydatides de différentes dimensions dont quelques-unes étaient plus grosses que des oranges. Après qu'il eut ainsi évacué toutes ces différentes matières, il recousut la plaie et moyennant un pansement convenable et des remèdes internes propres à fortifier, il eut la satisfaction de voir sa malade rétablie au bout de quelques semaines. De toutes les circonstances de cette histoire, l'auteur conclut que c'était l'ovaire qui était affecté.

Comme le fait judicieusement remarquer Boinet après *J. Clay* (1), il y a eu simple incision du kyste qui n'a été lié, ni excisé : on ne peut donc voir là une opération d'ovariotomie proprement dite.

On peut porter le même jugement sur l'opération d'Anhorn et de Hiller, antérieure (1713) à celle de Honstoun, et qu'on peut lire dans les *Actes des curieux de la nature* (cent. IX, observ. C). Il ne s'agit là aussi que de l'incision du kyste (2).

2. Vient ensuite le cas de Laumônier si souvent cité et controversé : ainsi pour les uns, ce n'est que par hasard qu'il enlève un ovaire malade, gros comme un œuf, dans un cas d'hydropisie purulente de la trompe avec ovarite à la suite de couches (3) : il ouvre un abcès de l'ovaire ouvert dans la trompe et se vidant dans l'utérus, mais pris pour un dépôt laiteux, d'après un autre (4).

Cette opération pratiquée en 1776, d'après Boinet (5), en 1781, d'après

(1) *Loc. cit.* Appendix V.

(2) Lucas Schrokius, dans son *Testament médical* (1698), adressé à D. Sylvestre Samuel Anhorn de Hartviss, avait formulé nettement la possibilité de l'extraction des kystes, par une large incision abdominale et après ligature de la trompe.

(3) Koeberle. *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 436.

(4) Courty. *Maladies de l'utérus*, p. 949.

(5) *Maladies des ovaires*, p. 293.

Kœberlé (1), en 1782, d'après Negroni (2) et John Clay (3), doit être rangée à côté de celle d'Honstoun et ne peut être considérée comme une ovariotomie régulière, bien que l'auteur ait la prétention de la considérer comme telle dans les réflexions dont il fait suivre son observation et que nous avons eu l'occasion déjà de rapporter (4).

Voici au reste cette observation rapportée en abrégé, telle que nous la trouvons dans Boinet (5) :

« Une femme de 21 ans, relevant de couches, était affectée depuis 6 à 7 semaines d'une fièvre lente, d'une diarrhée colliquative et d'un écoulement vaginal abondant et fétide ; elle présentait dans la région hypogastrique qui était tendue et douloureuse, une tumeur dure dont la pression faisait couler une humeur puriforme par le canal vaginal. On considéra l'affection comme résultant d'un dépôt laiteux dans l'ovaire et dans la trompe, qu'on se décida à ouvrir. Laumônier fit une incision de 12 centimètres, parallèle au pli de l'aîne, et mit à découvert une tumeur bleuâtre, adhérente par sa partie inférieure, surmontée par une autre tumeur de la grosseur d'un œuf, formée par l'ovaire. La pression exercée sur cette tumeur fluctuante, qui était formée par la trompe, fit sortir une petite quantité de pus par le vagin : il fendit cette poche fluctuante depuis la petite tumeur formée par l'ovaire jusqu'à l'endroit où la trompe s'unit à l'angle de la matrice, et donna issue à une pinte de liquide purulent, noirâtre, extraordinairement infect ; l'ovaire, ayant été considéré comme étant devenu squirrheux, fut détaché de la trompe, ce qui donna lieu à une hémorrhagie insignifiante.

La cavité de la trompe fut ensuite remplie avec de la charpie, imbibée d'un mélange de miel et d'un jaune d'œuf.

L'appareil du pansement ayant été levé au troisième jour seulement, il s'échappa de la plaie 5 à 6 onces de matière sanieuse et infecte. Comme les intestins étaient enflammés et adhérents dans toute la circonférence de

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 436.
(2) *Loc. cit.*, pp. 5 et 8.
(3) *Loc. cit.*, tables LVI, case 157 et *Medico chir Rec.*, octobre 1815, p. 393.
(4) Voir p. 312 de ce travail.
(5) *Maladies des ovaires*, p. 291. — Voir aussi : *Mémoires de la Société royale de médecine*, anno 1782, t. V, p. 296. Paris, 1787.

la tumeur avec la paroi abdominale, Laumônier voulut les décoller, pour éviter, dit-il, des tiraillements douloureux, que ces sortes d'adhérences occasionnent souvent après la guérison des maladies qui leur ont donné lieu; mais heureusement il éprouva une trop grande résistance, et la malade des douleurs trop vives, et il ne put exécuter son entreprise, qui aurait été infailliblement suivie d'une péritonite mortelle.

Vers le 16ᵉ jour, la cavité de la trompe était réduite à un volume à peu près égal à celui d'un œuf. Au bout d'un mois, la cicatrisation de la plaie était complète.

3. Ephraïm Mac. Dowel de Dansville (Kentucky) est sans conteste le premier qui ait appliqué régulièrement la gastrotomie pour l'extirpation d'un ovaire enkysté (1). D'après certaine relation (2), un chasseur nommé John King aurait opéré avec succès une femme que le chirurgien américain aurait condamnée comme incurable avant l'époque où lui-même opéra pour la première fois : de là aussi lui serait venue l'idée de sa première opération. Elève de John Bell, il est beaucoup plus rationnel d'admettre qu'il a plutôt obéi aux inspirations du maître qui défendait et décrivait avec tant de chaleur l'ovariotomie dans ses leçons en 1794, à Edimbourg.

Quoiqu'il en soit, ce fut en 1809 (3), qu'il opéra la première fois sur une femme de couleur : ce ne fut donc pas une dame Crawfort comme l'avance par erreur Courty (4) et comme le démontre d'ailleurs l'observation originale que nous allons rapporter, mais bien comme le dit Nélaton, une négresse comme ses malades qui suivirent ; c'est-à-dire des esclaves que l'on chercha à sauver parce qu'elles représentaient une marchandise

(1) Gross. Rapport sur l'état de la chirurgie dans le Kentucky, lu devant la Société médicale de Kentucky à Lunéville, octobre 1852.

(2) *Gazette hebdomadaire* 1866, p. 436. — *Transact. of the americ. med. association*, féb. 1860. Negroni, *loc. cit.*, p. 7.

(3) *Bulletin de Ferussac*, t. IV, p. 144. — *Electric repertory*, vol. VII, p. 242 et vol. IX, p. 546. Velpeau, Courty. *Mal. de l'utérus*, p. 950. — Gross. Vie des chirurgiens et des médecins éminents de l'Amérique, p. 212. — Lizars. *Observat. on extract of diseases of ovaries* 1825. — *Lond. med. Gaz.*, XXXV, p. 774. — *Lond. med. Gaz.*, vol. XXXV, p. 744.

(4) *Loc. cit.*, p. 950.

d'un prix fort élevé à cette époque : la chirurgie dut donc cette brillante conquête à l'avidité des planteurs (1).

Voici l'observation (2) :

« C'était au mois de décembre 1809 : négresse de 35 ans, qui avait déjà beaucoup souffert. Deux médecins diagnostiquèrent une grossesse.— M. Dowell, par le toucher vaginal, s'assura que le siége de la tumeur n'était pas l'utérus, mais un ovaire. — Il opère : incision de 9 pouces de long sur la ligne médiane : la tumeur était trop volumineuse pour sortir par la plaie : ligature autour de la trompe de Fallope. — Ponction de la tumeur qui livre issue à environ 15 litres de matière boueuse et gélatineuse. — Section de la trompe et extraction du kyste (7 1/2 livres). Les intestins s'échappèrent et demeurèrent hors de l'abdomen pendant toute l'opération. Quand elle fut terminée, on pencha la malade sur le côté afin de permettre aux liquides de s'écouler librement : la plaie fut fermée par une suture entrecoupée : la ligature de la trompe fut reportée dans l'angle inférieur de la plaie. *Cinq jours après,* la malade faisait son lit et le 25e jour elle retournait chez elle à 60 milles de distance, en bonne santé.» La nouvelle de ce cas remarquable lorsqu'elle fut publiée, fut reçue avec une grande incrédulité, spécialement par le docteur James Johnson, dans le *Medical chirurgical Review.*

Sa seconde ovariotomie fut pratiquée encore sur une négresse, la tumeur très-large, adhérait si intimement à la vessie et à l'utérus, que l'extraction en fut impossible : M. Dowell l'incisa largement et en évacua le contenu : la femme se remit pendant cinq ans, puis la tumeur augmenta de nouveau de volume et en deux mois devint aussi grande qu'avant l'opération.

Mac Dowell opérait par la grande incision ainsi que le lui avait enseigné

(1) Delstanche. *Loc. cit.*, pp. 321 et 322. D'autre part, si l'on s'en rapporte aux extraits de l'ouvrage de Lizars (*Observat. sur l'extirpat. des ovaires*) qu'on peut lire dans les *Arch. gén. de méd.*, 1825, p. 437, ce serait une Mme Crawford qui serait la première opérée de Dowell : seulement, la date de l'opération porte décembre 1819 : il y aurait donc là une nouvelle erreur qui explique peut-être celle où sont tombés les auteurs qui ont copié Lizars.

(2) Ch. Bernard. De *l'ovariot.*, *Arch. générales de médecine*, 1856. t. II, p. 468, tirée de *Lond. med. reposit and review*, 1826.

son maître, J. Bell. D'après son biographe (1) il aurait opéré en tout 13 ovariotomies, dont 8 avec succès : il prit un jour pour un kyste ovarique une agglomération intestinale (2), ainsi que nous l'avons vu faire déjà par Smith, de Philadelphie (3), — Sa première opérée mourut en 1841, à l'âge de 79 ans, continuant à jouir d'une excellente santé (4).

4. En 1812 ou 1813, un chirurgien de Paris, La...., au rapport de Marjolin (5), perdit sa malade par suite d'hémorrhagie fournie par les nombreux vaisseaux qui pénétraient dans le tissu de la tumeur.

5. En 1815, eut lieu l'ovariotomie de Gaetano Emiliani, à Faënza (Romagnes). L'oubli dans lequel cette opération avait été laissée, nous engage à donner la traduction de l'observation qui se trouve en italien dans la lettre du docteur Peruzzi à M. le docteur A. Boinet (6).

« Rosalie Ghetti, de Faënza, boulangère, 26 ans, lymphatique, réglée à l'âge ordinaire, n'ayant jamais été malade sérieusement sauf des affections exanthématiques de l'enfance, avait eu trois enfants dont l'un était encore à la mamelle. Pressée de laver des effets pour sa petite fille, et n'ayant rien de ce qui lui était nécessaire pour pareille besogne dont elle n'avait pas l'habitude, elle s'avisa de se servir d'une planche, qui du sol appuyait sur son bas ventre : elle procéda là-dessus à son lavage. Elle ne ressentit rien dans le moment, ni plus tard dans la journée, mais la nuit suivante elle fut éveillée par des sensations douloureuses dans la région iliaque gauche : elles continuèrent le jour suivant et l'obligèrent à appeler un médecin, le docteur Girolamo Brunetti, qui constata : tumeur presque isolée dans la cavité abdominale, sans changement à l'extérieur, assez douloureuse au

(1) Gross. *Loc. cit.*

(2) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, art. 2770, 1844.

(3) Voir *Diagnostic différentiel.* chap. 2e, art. 1er, 17.

(4) Giraldès. *Mal. chir. des enfants*, 1869, p. 304.

(5) *Dictionnaire* en 21 volumes. — *Kyste.* Non renseigné dans les tables de J. Clay.

(6) Cette observation a été rédigée et publiée par son fils le docteur Emile in *Bulletino delle scienze mediche di Bologna*, anno 1843, série 3, volume 4, p. 332. — *Storia dell'estirpazione di un'ovaja*, eseguita dal profess. Gaetano Emiliani, redatta dall dott. Emilio Emiliani, di Faënza. — Elle a été signalée également par Schmidt's *Jahrb.*, B. 45, Heft I, et portée dans les tables de J. Clay (XXXVI, case 123).

toucher; de la réaction fébrile: antiphlogistiques et plus tard : cigüe, mercuriaux, etc., sans aucun effet. Après quatre mois de traitement, certains signes firent croire à la malade qu'elle était enceinte et on se borna à des frictions avec de l'huile commune. Deux mois après, après une perte considérable de sang, elle rendit une môle assez volumineuse et 20 jours durant, l'écoulement sanguin se perpétua en petite quantité sans qu'aucune raison put l'expliquer: la fièvre survint et son médecin ayant réclamé l'aide d'un chirurgien, mon père fut appelé.

La malade se présenta à lui avec les conditions suivantes : fièvre continue avec redoublement chaque soir précédé d'un frisson, de refroidissement aux membres inférieurs principalement aux pieds, de soif vive, de sécheresse de la bouche : langue chargée, inquiétude, insomnie, anorexie, constipation, urines rares, colorées sans sédiment; nutrition passable. — Perception d'une tumeur dans la région sus-indiquée, dure, circonscrite, de forme sphérique, indolente au toucher, mais de temps en temps siége d'élancements spasmodiques, sans changement aucun à l'extérieur. L'ensemble de ces symptômes lui fit admettre, quelque peu par exclusion, une affection ovarique de nature squirrheuse justiciable d'un seul moyen thérapeutique : l'extirpation.....

Incision sur la ligne blanche, de 2 1/2 pouces environ, des téguments : division des diverses couches : ouverture prudente du péritoine : l'ovaire apparut et fut reconnu à sa position, sa forme et ses connexions, malgré ses dimensions plus considérables qu'à l'ordinaire : il était squirrheux et recouvert dans sa partie supérieure de grosses vésicules qui laissaient écouler un ichor fétide; adhérent avec toute la partie inférieure du colon : à l'intérieur apparaissaient quelques vaisseaux variqueux. Il fut rapidement séparé de ses connexions ordinaires et de ses adhérences insolites, et au fur et à mesure de leur lésion, les divisions artérielles étaient liées: moins de 1/2 livre de sang fut perdue. Les bords de la plaie furent réunis par une suture. Linge cératé, compresses et bandage modérément serré.

Le jour suivant, augmentation de la fièvre : soif inextinguible : l'anorexie qui donnait à la malade de la répugnance pour toute espèce de nourriture facilite l'exécution des ordres des médecins qui exigent une diète

sévère : une saignée fut prescrite et répétée le jour suivant : solution de tartre émétisé : limonade végétale pour boisson ordinaire.

Au 3ᵉ jour, on découvrit pour la première fois la plaie en présence de quelques médecins et chirurgiens : une grande partie était cicatrisée : il n'y avait de suppuration qu'en quelques points.

Au 11ᵉ jour : plus de fièvre, plus aucun phénomène morbide et cette femme put quitter son lit guérie et pour ainsi dire ressuscitée....

Un an après, la Ghetti accoucha de deux enfants : garçon et fille, qui ne vécurent que quelques heures. Plus tard elle eut successivement 5 enfants dont deux vivent encore.

C'est donc bien là, avec celui que rapporte Marjolin, les premiers cas d'ovariotomie pratiquée en Europe, du moins sous le rapport du manuel opératoire puisqu'il s'agissait d'un cancer et non d'un kyste : en outre l'opération de Lizars (en 1823), pour laquelle cet honneur de la priorité était réclamé, avait été pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic qui lui fit ouvrir le ventre pour constater de la tympanite et de l'obésité.

6. 1816. M. Dowell pratique sa 3ᵉ ovariotomie : il s'agit encore d'une négresse chez laquelle il trouva un ovaire squirrheux pesant 6 livres : la femme allait bien au bout de deux semaines bien que la ligature ne fut tombée qu'à la cinquième semaine.

7. 1817. Quatrième ovariotomie de M. Dowell : tumeur squirrheuse pesant 5 livres : hémorrhagie considérable pendant l'opération : la femme guérit, mais ne recouvra jamais une santé complète.

8. 1819. Cinquième ovariotomie de M. Dowell : la malade, une négresse, mourut de péritonite au 3ᵉ jour.

Des cinq premiers cas du chirurgien américain, trois furent couronnés d'un plein succès : des deux autres malades, l'une alla bien pendant 5 ans et la dernière mourut.

Dowell n'aimait pas beaucoup la publicité : il fallut l'insistance de ses amis pour qu'il donnât une relation écourtée de ses trois premières opérations dans le 7ᵉ volume de l'*Eclectic Repertory* (1817) : elle attira peu l'attention, mais la copie de l'article, envoyée par l'auteur à son maître,

John Bell, tomba comme nous le verrons plus tard entre les mains de Lizars qui la publia dans le 32[e] volume de l'*Edinb. med. and surg. Journal* : cette publication excita l'attention générale en Europe et en Amérique : l'authenticité des observations fut reconnue et c'est alors que la relation des deux autres cas fut publiée dans le 9[e] vol. du *Repertory* (1).

Chrysmar d'Isny (Wurtemberg), en cette même année (mai) perd une malade de péritonite 36 heures après l'opération.

9. En juin 1820, nouvelle opération de Chrysmar et guérison en six semaines : il s'agissait d'un ovaire cancéreux : la malade eut plus tard un enfant.

Dans le mois d'août, nouvel insuccès : la péritonite emporte encore une fois son opérée en 36 heures (2).

10. 1821. Dzondi opère la gastrotomie et s'arrête en s'apercevant que la tumeur appartient à l'ovaire, la plaie guérit : plus tard l'autopsie lui prouva qu'il aurait pu extirper facilement l'organe malade (3).

Dans une autre opération dont parle Dohloff, Dzondi, aurait perdu sa malade de péritonite (4).

En mai 1821, Alban G. Smith, et en juillet de la même année, Nathan Smith, font de nouvelles et heureuses tentatives en Amérique (Connecticut).

Dans un cas : extirpation pure et simple d'un kyste uniloculaire par une incision de 3 pouces : guérison.

11. Dans un autre cas, en 1822 : évacuation du kyste et étranglement

(1) *North Amer. med. chir. Rev.*, novembre 1860, pp. 1028-53. — *Lond. med. Gaz.*, vol. XXXV, pp. 745, 746, and febr. 28, 1859) : La cinquième ovariotomie est portée par erreur en 1818, dans les tables de J. Clay (CX, case 135).

(2) *Bullet. de Férussac*, t. XVIII, p. 86. — Gluge. In *Expérience*, t. I[er]. — *Archives*, t. XX, p. 829. — *J, der chir. ünd Augenheilk.* von Hopfer, Graëfe's ünd Walther's J., t. XII. Bd I, s. 60, ünd a. — On peut lire l'observation suivie de succès dans la *Bibliothèque du médecin prat.*, t. I. p. 674. — Kumar. *Loc. cit*, *Lond. med. Gaz.*, feb. 28, 1859.

(3) Æsculap. *Zeitschr. des Vervollk. der Heilk. gewidm.* v. prof. Dzondi. Leipzig, 1821, t. II, p. 1.

(4) *Expérience*, t. I, p. 630. — J. Clay rejette les opérations de Dzondi comme douteuses en s'en rapportant à Dolhoff (*loc. cit.*, appendix V.).

de sa base; chute au bout de 1 1/2 mois, guérison (1). C'est comme on le voit, une modification au procédé qu'employait Dowell et qui du reste a conservé le nom de l'opérateur américain.

Le docteur Gross obtint de M. Dowell la communication de trois autres ovariotomies pratiquées par l'éminent chirurgien.

En 1822, il opéra une nommée Overton, âgée de 55 ans : extirpation incomplète : la malade vivait encore en bonne santé quinze à vingt ans après. Cette opération eut encore ceci de remarquable, qu'elle fut payée 1500 dollars, somme énorme pour l'époque (2).

12. En 1823, dans sa 9e ovariotomie (nous avons vu que son biographe lui en attribue 13), la tumeur remplissait tout l'abdomen : le rétablissement fut complet et la malade contracta mariage 22 mois après l'opération.

Dans une autre opération, chez une femme de 38 ans, l'extirpation fut rendue impraticable par suite d'adhérences : la mort survint 4 ou 5 mois après (3).

Mac Dowell avait écrit un mémoire basé sur sa première opération et les quelques autres succès qu'il avait obtenus par sa méthode; il l'envoya à John Bell, son maître : Bell était mort et le hasard fit tomber le manuscrit entre les mains de Lizars, qui comme nous l'avons déjà dit, le livra à la publicité. Les observations heureuses du chirurgien américain tentèrent Lizars qui essaie l'ovariotomie le 24 octobre; malheureusement il commit une erreur de diagnostic : il prit une saillie anormale de l'angle sacro-vertébral avec tympanite pour une tumeur ovarique : la femme guérit (4).

(1) *Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1822, t. XVIII, p. 532. — *Case of ovarian Dropsy successfully removed by a Surg. operat. by* Nathan Smith. — *The americ. med. Record. Philadelph.*, t. V, n° 17, 1822. — *Med. and surg. Mém.*, p. 231. — *Archives générales de médecine* t. XIV, p. 588, 1827 et t. I, 1823, p. 126. — *Journal des progrès*, t. V, p. 273. — *North. americ. Med. and surg. Journ.* Janvier 1826. — *Lond. med. and Phys. Journ.*, octobre et novembre 1822. — *Mém. de* Mme Boivin *sur l'avortement*, etc., etc.

(2) Dr J. T. Bradford's *Rep.* America, 1859.

(3) *North amer. med. chir. Rev.*, nov. 1860, pp. 1028-33.

(4) D'après Neumann : pour d'autres, comme nous l'avons vu, il y avait tympanite et obésité ce qui ne valait en somme pas mieux. — Voir *Archiv. gén. de méd.*, 1825, t. VIII, p. 137 et 412. — Lizars. *On extraction of Diseased Ovaria*, p. 6.

13. 1824. On trouve in *Froriep's Notizen* (1), l'histoire d'une ovariotomie demeurée incomplète : on ne fit l'extraction du kyste que partiellement : mort six jours après l'opération : nom du chirurgien inconnu.

14. 1825. Lizars pratique trois nouvelles opérations : une première fois, le 27 février, les deux ovaires étaient malades et il y avait complication d'ascite : enlèvement d'un seul ovaire : guérison.

Dans le 2e cas, 22 mars, où la tumeur était fort volumineuse, la mort fut le résultat de l'opération (péritonite gangréneuse).

Dans le 3e cas enfin, 24 avril, l'extirpation fut rendue impossible par les adhérences : la femme guérit pour mourir 25 ans plus tard d'apoplexie (2). Donc sur 3 opérations, une seule mort (3).

15. 1826. Le docteur Martini, de Lubeck, perd une opérée de 24 ans, au bout de 36 heures, de péritonite et d'hémorrhagie (4).

16. 1827. Granville tente le premier l'opération dans un hôpital de Londres (Guy's Hospital) : incision large et débridements : les adhérences l'empêchent de continuer : guérison en 8 semaines.

Dans un second cas, il y avait tumeur fibreuse de 8 livres, appartenant à la matrice : l'ovaire était sain : il enleva tout de même la tumeur, mais la femme mourut trois jours après (5).

En avril, le docteur Trowbridge, en Amérique, tente l'ovariotomie sur une femme de 22 ans, mais se voit obligé de l'abandonner par suite des adhérences : guérison en 15 jours et accouchement 2 ans après (6).

(1) Tome XIV, n° 14.

(2) *Edinb. Journ.*, march, 1851.

(3) *Observat. on extract of the diseased Ovaria.* Edinb., 1825, p. 89, 16, 19 et 20. — *Edinb. med. and surg. Journ.*, octobre 1824, n° LXXXI ; jun. 1825. — R. Lee. *Med. chir. Transact.* t. XXXIV, p, 10. Boivin et Dugès, t. II, p. 241, *loc. cit.* — *Bulletin de Ferussac*, t. IV, p. 144. — Koeberlé. *De l'ovariotomie*, p. 19. — Voir aussi l'observation reproduite par la bibliothèque du médecin pratic., t. I, p. 675. — *Archives générales de médecine*, 1825, t. VIII, p. 446, 449, 452.

(4) Scanzoni's *Beiträge zur Geburtskunde und Gynäkologie*, Wurzburg, p. 10, 1858. — Simon's table — *Journ. hebdomadaire de médecine*, 1829, t. II, p. 246. — Tavignot, *loc. cit.* — Velpeau, *loc. cit.* — Rust's *Magaz. u. z. w.* Berlin, 1828, Bd XXVII, n° 3.

(5) *Archiv. gén. de méd.*, t. XIV, p. 588. — *Journ. des Progrès*, t. I, p. 274. — Kumar, *loc. cit*, p. 176. *Lond. med. Gaz.*, vol. I, p. 540, 1842-43.

(6) Dr Lyman's *Rep. Boston*, 1856, case 266.

Galenzowski opère à Wilna : la tumeur était trop adhérente, il la vida par une large ouverture, en déchira les diverses cellules, traversa d'un fil sa paroi profonde, l'attira vers l'ouverture abdominale pour éviter un épanchement péritonéal et referma la plaie : la malade guérit (1).

Comme nous le verrons, c'est le procédé qu'emploie aujourd'hui Krassowski.

17. **1828.** Hopfer, sur 3 opérations, obtient un succès (2).

En juillet, le docteur R. D. Mussey, (Amérique), est obligé de laisser l'ovariotomie inachevée : le colon transverse était en travers de la tumeur et y adhérait fortement (3) ; un an après, son opérée, âgée de 40 ans, donnait le jour à son 14e enfant.

18. **1829.** L. Rogers, de New-York, après sept ponctions en 2 ans, chez une jeune fille de 20 ans, pratique l'extirpation et réussit complètement (4).

19. **1830.** En novembre, le docteur J. C. Warren, (Amérique), échoue par suite de la chute prématurée d'une ligature qui entraîne une hémorrhagie (5).

20. **1832.** Ritter (6), extirpe un ovaire pesant 36 livres : il y avait ascite : après beaucoup de vicissitudes, la malade guérit au bout de 9 semaines.

21. **1833.** Le 21 octobre, Dohloff, de Magdebourg, perd son opérée en 8 jours, d'exhaustion : les adhérences étaient très-étendues avec la vessie, le rectum, l'utérus et forcèrent le chirurgien à abandonner l'opération (7).

(1) *Journal des progrès*, t. XVIII, p. 222. — *Lond. med. Gaz.*, vol. V. 1829. — *Archives générales de médecine*, 1830, t. XXII, p. 120.

(2) *Archives générales de médecine*, t. XX, p. 92, 1829. — VELPEAU. *Diction. cité*, p. 309. — TAVIGNOT, *loc. cit.* Statistiques d'ACHILLE CHÉREAU, de PHILIPPS, de JEAFFRESON, de T. S. LEE, de KIWISCH, d'ATLEE. — Or, d'après J. CLAY (*loc. cit.*, appendix V) cet auteur n'aurait fait que rapporter les opérations de CHRYSMAR et n'aurait jamais opéré lui-même.

(3) HAMILTON'S *Rep. of cases occurring in Ohio.* — *Ohio med. and surg. Journ.*, nov. 1859, p. 21. *Gaz. med.*, 1838, p. 393. — *The Amer. Journ.*, 1838.

(4) *New York med. and surg. Journ.*, 1830, 283. — *Lond. med. Gaz*, nov. 21, 1829.

(5) WARREN. *On tumours*, 1837, p. 590.

(6) *Hauptsanitätsbericht von Tyrol u. Vorarlberg*, 1828. — *Neue med. Jahrb. des K. K. œsterreich. staates*, t. XI. — *Brit. and Foreign Med. chir. Review*, october, 1843, p. 395.

(7) SCANZONI'S *Beitr.*, 1858, SIMON'S *table.* — DOHLOFF avait cru qu'il n'existait pas d'adhérences, parce que la malade, en se couchant sur le côté, sentait la tumeur retomber dans le flanc du même côté.

Erharstein réussit pour une tumeur dégénérée de l'ovaire droit (1).

Sur 23 cas réunis par Achille Chéreau (2), de 1809 à 1833, on compte 9 succès (pour l'Angleterre, l'Amérique, l'Allemagne (3).

Sacchi termine son mémoire sur l'hydropisie enkystée des ovaires et leur extirpation par une statistique de 15 cas d'ovariotomie (4) :

6 guérisons, 4 morts, (3 d'entérite et 1 d'hémorrhagie); 5 opérations inachevées parmi lesquelles une guérison par incision et suppuration du sac.

22. 1834. Le docteur Carl F. Quittenbaum, de Rostock, après avoir retiré de 20 à 30 litres de liquide en 2 ponctions, et devant la rapide reproduction du liquide, se décide à opérer et guérit sa malade en 5 semaines, après avoir combattu une péritonite étendue (5).

Groth, de Bornhövd et Roser, de Marbourg, perdent leurs opérées, l'une d'hémorrhagie, six heures après l'opération, et l'autre de péritonite suppurée (6).

D'un autre côté, R. C. King, de Saxmundham (Suffolk), ouvre le ventre à une femme de 40 ans et ne trouve pas de tumeur. La patiente se rétablit (7).

Statistique de Boivin et Dugès (8) :

15 cas : 6 succès momentanés.
5 sans résultat avantageux.
4 suivis de mort.
5 opérations inachevées.

23. 1835. Le 23 décembre, J. Bellinger, opère à Charleston, une négresse de 35 ans pour un kyste ovarique droit avec rétrécissement de

(1) *Med. chir. Review.*, july 1833, p. 212. — *Arch. gén. de méd.*, 1833, t. I, p. 427. — J. Clay regarde ce cas comme douteux et renvoie à l'appendice de la statistique de Simon.

(2) *Journ. des conn. méd. chir.*, juin 1844.

(3) Ch. Bernard, *loc. cit.*, p. 463.

(4) *Bulletin général de thérapeutique*, avr. 1833, t. IV, p. 311.

(5) *Encyclog. des sciences médicales*, 1836, p. 342. — Scanzoni's *Beitr.*, 1858; Simon's *table*. pp. 110 et 138.

(6) Scanzoni's *Beitr.*, 1858. — Simon's *table*.

(7) *Lancet*, 1837, p. 587. *Rev. med.*, t. I, p. 694.

(8) *Loc. cit.*, t. II, p. 212, 1834.

l'utérus et amincissement considérable des parois de ce viscère, puisque le fond se déchira pendant l'opération, ce qui permit aux deux doigts de l'opérateur, introduits l'un par la déchirure, l'autre par le vagin, de se réunir et se toucher. La femme guérit et sa guérison se maintenait encore 11 ans après (1).

24. 1836. Jeaffreson, de Framlingham, (8 mai), obtient le premier succès en Angleterre (2) et met en pratique l'incision courte recommandée par William Hunter, tandis que Mac Dowell, Granville et Lizars, avaient suivi la méthode de la grande incision qu'avait indiquée J. Bell. Cette méthode porta dès lors le nom de Jeaffreson (3).

A cette époque, d'après Rob. Lee, 6 ovariotomies avaient été pratiquées dans la Grande-Bretagne :

4 par Lizars en Ecosse : 1 mort, 1 opération non terminée, 1 erreur de diagnostic, 2 guérisons.

2 par Granville, à Londres : 1 mort, 1 opération inachevée.

Le premier succès revient donc bien légitimement à Jeaffreson, dont l'opérée en 1859 se trouvait encore en bonne santé, après avoir eu après sa guérison, un garçon et trois filles.

Le 12 juillet, R. C. King, opère pour la seconde fois et obtient un succès complet.

Le 2 novembre, W. J. West, de Tonbridge, est tout aussi heureux (4), chez une femme de 45 ans, qu'il opère par une incision de 2 pouces.

Dohloff (5), dans une seconde opération pratiquée le 26 septembre sur une femme de 23 ans, de bonne santé, par une incision de 2 pouces, perd son opérée de péritonite 16 heures après l'opération : le kyste, sans adhérences, pesait 38 livres.

(1) *The Southern of med and Pharmacy.* — *Enc. des sc. méd.*, 1847, t. CLXXXII, p. 276. — Dr Lyman's *Rep.*, *Prize Essay*, *Boston*, *America*, 1856.

(2) Spencer Wells. *The med. T. and Gaz.*, 1862, p. 670. — *Expérience*, 1838, t. I, p. 413. — *Brit. annals of med.*, t. II, p. 140. — *Archives générales de médecine*, 1846, t. X, p. 216.

(3) Nous aurons à y revenir.

(4) *Lancet*, vol. I, 1837-38, p. 307.

(5) Rust's *Magaz. für u. z. w.* Bd 51, Heft 1, 1838, *Annales de médecine belge et étrangère*, t. IV, p. 245. — *Gazette des hôpitaux*, mai, 1839. — *Expérience*, mai 1838, t. I, pp. 630, 634. — Scanzoni's *Beitr.* — Simon's *table*, 1858.

Dans le courant du même mois, après une incision de 6 pouces, sur une femme de 23 ans, jouissant d'une bonne santé, le chirurgien de Magdebourg, ne trouva aucune trace de tumeur (il y avait tympanite intestinale, ou amas de matières fécales, car les détails qu'il donne de son exploration sont insuffisants pour conclure), referme le ventre et guérit sa malade (1).

L'opérée de Janson, de Frankfort, meurt d'épuisement (diarrhée) au bout de 5 jours (2).

25. 1837. R. C. King abandonne sa 3e ovariotomie en rencontrant une glande hypertrophiée du mésentère qu'il avait prise pour une tumeur ovarique : sa malade guérit de l'opération (3).

Stilling, de Cassel, perd une malade par hémorrhagie consécutive du pédicule (4) et expose avec son observation, un procédé qui consisterait à fixer le pédicule en dehors du péritoine : c'est ce procédé qu'on a bien à tort attribué à Duffin, ainsi que nous le verrons plus tard (5). C'est à tort aussi que J. Clay, dans ses tables, en s'en rapportant au *Brit. and Foreighn med. Rev.*, (vol. XIII, p. 547), renseigne cette ovariotomie comme ayant été pratiquée en avril 1841.

26. 1838. Crisp, à Harlestone, (Suffolk), réussit complètement dans un cas avec adhérences légères et en opérant par une incision d'un pouce (6).

La péritonite enlève au bout de 28 jours, l'opérée du docteur Schott, de Frankfort (7).

Dieffenbach, de Berlin, chez une dame polonaise, âgée de 44 ans, n'arrête qu'à grand'peine une hémorrhagie considérable provoquée par la

(1) *Ibid.*

(2) SCANZONI's *Beitr.* 1858. — SIMON's *table.*

(3) *British annals of med.*, t. II, p. 141. — *Lancet*, t. I, 1836-37, n° 18. *Jahrb. u. z. w. herausg. von* SCHMIDT *Jahrg.*, 1839, n° I, 21 Bd, 1 Heft, s. 78.

(4) HOLSCHER's *Hannoversche Annalen Neue Folge*, s. Heft, s. 281 *zu* 311 *u.* 4 Heft, s. 393-448.

(5) Voir *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 3e série, vol. I, rapport de Verhaeghe.

(6) KUMAR, *loc. cit.*, p. 176. — ACH. CHÉREAU, *loc. cit.* — *Lancet* 1839 et 1840, vol. I, p. 287.

(7) SCANZONI's *Beitr.*, 1858. — SIMON's *table.*

ponction de la tumeur, dont il abandonne l'extirpation à cause de ses adhérences étendues (1). L'ovaire était squirrheux.

27. 1839. Morgan, après Granville (1827), tente l'opération dans un hôpital de Londres : il doit y renoncer à cause des adhérences étendues et perd sa malade au bout de 48 heures (2).

W. J. West, de Tonbridge, pratiqua 3 ovariotomies ; il obtient un succès, perd sa seconde malade de péritonite suppurée au 7ᵉ jour, et se trouve obligé, par les adhérences, d'abandonner la troisième opération (3).

Hargraves perd sa malade au 5ᵉ jour (4), les adhérences lui avaient également fait abandonner son opération.

28. 1840. Benjamin Philipps opère et échoue à Marylebone-Hospital (5), sa malade meurt de péritonite au 4ᵉ jour.

A cette époque on connaissait 25 cas d'ovariotomies opérées par la longue incision (du sternum à la symphise pubienne) :

14 fois l'ovaire fut extirpé : 9 femmes survécurent, 5 succombèrent.

11 fois l'extirpation fut abandonnée pour adhérences ou absence de tumeur, 8 femmes survécurent 3 succombèrent (6).

29. 1841. Le docteur Hayny, à Jungbunzlau, perd une opérée de 28 ans (7) et est obligé dans le cours de la même année d'abandonner l'opération à cause d'adhérences générales : la femme mourut au 4ᵉ jour (8). Il est le premier qui ait opéré en Autriche.

30. 1842. Le 12 septembre, Ch. Clay, de Manchester, commence sa

(1) SCANZONI's *Beitr.*, 1858, SIMON's *table.* — *Rust's Magaz. für u. z. w.*, Bd XXV, Heft 2, s. 349. — OMODEI. *Annal. univ. di medic.* t. LXIII, p. 325. — Voyez l'observation consignée dans la *Bibliothèque du méd. prat.*, t. I, p. 675!

(2) SPENCER WELLS. *The med. Times and Gaz.*, 1862, 670.

(3) *Lancet*, 1839.

(4) ACH. CHÉREAU. *Journ. des conn. méd. chir.*, 1844, p. 230. — R. LEE's *table*, case 17. La date n'est pas renseignée par J. CLAY.

(5) SPENCER WELLS, *loc. cit.* — KUMAR *loc. cit.*, p. 176. — *Lond. med. Gaz.*, 9 octobre, 1840. *Archives générales de méd.*, 1841, t. X, p. 236.

(6) *Brit. and Foreighn med. Rev.*, octobre 1843 : complément dans le même journal, apr. 1844.

(7) SCANZONI's *Beiträge*, 1858. — SIMON's *table.* SCHMIDT's *Jahrbüch*, 1851, Heft 79, n° 3, s. 335.

(8) *Ibid.*

longue série d'ovariotomies et compte bientôt trois succès sur 4 opérations (1).

Carl F. Quittenbaum, à Rostock (2), et en novembre le docteur Henri Walne, à Londres, obtiennent chacun un succès (3).

Le dépouillement des faits publiés à cette époque donnait :

40 extirpations : 20 guérisons plus ou moins complètes, 20 morts : 10 fois l'opération ne put être terminée et il en résulta 1 fois la mort (4).

31. 1843. Pendant les 20 premières années à partir de la tentative de Lizars, on n'avait encore enregistré aucun succès bien complet, tandis que sur la fin surtout, de cette période, la province renseignait 10 cas suivis de succès entiers.

Aston Key (5), Bransby B. Cooper (6), H. Walne (7), à Londres; Greenhow, de Newcastle (8), échouent; A. M. Heath, de Manchester, fait une tentative malheureuse (tumeur utérine) (9), pendant que H. Walne (deux fois) (10), Frederik Bird (deux fois) (11), et Lane, à Londres (12), Southam à Salford (13), Morris, à Rochdale (14), obtiennent des succès.—Walne abandonne une 4ᵉ ovariotomie par suite des adhérences (15), la femme guérit.

A cette époque, Ch. Clay, de Manchester, comptait déjà 10 ovariotomies suivies de résultats encourageants (quatre guérisons) (16). En 1843, sur

(1) *Cases of the periton. sect. for the extirp of diseased ovaries.* Lond. 1842. — *Results of ovariotomy.* Manchester, 1848. — *Edinb. med. and surg. J.*, 1844, p. 453, 455, 456.

(2) SCANZONI's *Beitr.*, 1858. — SIMON's *table*, appendix, s. 139.

(3) *Lond. med. Gaz.*, décembre, 23rd, 1842.

(4) *Repert. gén. des sciences médicales*, t. XX. — *Bibliothèque du médecin praticien*, t. I, p. 676.

(5) SPENCER WELLS, *loc. cit.* — *Guy's Hosp.Rep.*, octob. 1843, p. 477.

(6) *Med chir. Trans.*, vol. XXVII, p. 78.

(7) *Lond. Med. Gaz.*, Manchester, 1844.

(8) *Med. chir. Trans.*, vol. XXVII, p. 88.

(9) *Lond. Med. Gaz.*, vol. XXXIII, 1843, p. 309.

(10) *Lond. Med. Gaz.*, aug. and octob. 1843. — *Dubl. med Press.*, 1843

(11) *Lond. Med. Gaz.*, aug. und dec. 1843.

(12) LEE's *table*. — J. CLAY's *table* lii case 148.

(13) *Lond. Med. Gaz.*, vol. XXXIII.

(14) R. LEE's *table*, case 91.

(15) *Lond. med. Gaz.*, vol. XXXIII, 1844.

(16) *Bulletin de la Société de chir. de Paris*, 1837, 2ᵉ série, 8, p. 402.

6 ovariotomies, il échoue 4 fois, réussit une fois et abandonne l'opération dans un cas d'adhérences étendues : la femme guérit (1).

En Amérique, J. L. Atlee et A. Dunlap (2), vers cette même époque, également par leurs opérations hardies, attiraient sur l'ovariotomie l'attention de l'Amérique, de l'Allemagne et de l'Angleterre.

Le docteur Atlee, de Lancastre, le 29 juin 1843, enlève les deux ovaires à une jeune femme de 29 ans qui souffrait d'hydropisie enkystée depuis 3 ans : l'ovaire gauche hypertrophié n'adhérait qu'au ligament rond et était libre de toute adhérence; l'ovaire droit, au contraire, avait sa tumeur unie aux 2/3 de son étendue avec le bord du bassin et avec le péritoine : la malade guérit au bout de 7 semaines (3).

Dans une seconde ovariotomie il rencontre cinq tumeurs utérines qu'il enlève, mais il perd sa malade (4).

A. Dunlap, perd sa première opérée du diabète, 17 jours après l'ovariotomie (5).

En Allemagne, le docteur Bühring, de Berlin, échoue (6), et un chirurgien, resté inconnu, voit sa malade périr du tétanos au 6e jour sans avoir pu complètement extirper la tumeur (7).

32. 1844. *Statistique de Samuel J. Jeaffreson* (8) : 74 cas qu'il divise en 3 classes :

1re classe : large incision et introduction de la main pour détruire les adhérences, 45 ; 32 guérisons, 13 morts.

2e classe : petite incision, 6 ; 5 guérisons, 1 mort.

3e classe : opérations non terminées par adhérences, 14 ; erreur de diagnostic, 9 ; 13 guérisons, 10 morts.

(1) *Results of ovariotomy*, etc., pp. 32, 52.

(2) Voir les tables de JOHN. CLAY. — HAMILTON'S *Rep.* — *Ohio Med. and. surg. J.* vol. XII, n° 2, 1859.

(3) *New York J. of med* 1845. — *Americ. J. of med. sc.*, jan. 1844. — *Gaz. médicale de Paris*, 1845, t. XIII, p. 24. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1845, t. XXVIII, p. 215.

(4) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1845, ATLEE'S *table*.

(5) HAMILTON'S *Rep. op. cit.*

(6) BÜHRING. *Die Heilung der Eierstock geschw.* Berlin. 1848, p. 33.

(7) Date non renseignée. FRORIEP'S *Notiz.* — *Brit. and Foreighn Medic. Rev.*, oct. 1843, p. 400.

(8) *On the pathology and treatment of ovarian diseases.* — *Lond. Med. Gaz.*, octob. 1844.

Total, 74 cas; 50 guérisons, 24 morts.

4 fois on ne retrouva pas la tumeur constatée avant de commencer l'incision.

Il ne recommande l'opération que comme dernière ressource.

A même époque, *Philipps publiait une statistique* de 81 cas (1) :

61 fois la tumeur fut enlevée	26 morts	35 guérisons.
15 fois l'opération ne fut pas terminée à cause des adhérences	6 morts	9 »
5 fois on ne trouve pas de tumeur . .	0 »	5 »
55 fois on opère par le haut appareil . . 6 convalescences.	26 »	23 »
27 fois on opère par le petit appareil . . 7 convalescences.	7 »	13 »

Sur 40 cas d'adhérences il y eut 60 °/₀ de guérisons, soit 58 °/₀ sur les 81 cas.

Fletwood Churchill publie également une statistique (2), 66 cas divisés en 3 catégories :

1° Extirpations complètes	49	16 morts, 1 sur 3.
2° » incomplètes	9	4 »
3° Erreurs de diagnostic	8	4 »
		24 morts, 42 guérisons.

En Angleterre : Fred. Bird (deux fois) (3), Lane (deux fois) (4), à Londres; Ch. Clay, de Manchester (5), W. B. Page, de Carlisle (6) et Trustram (7), réussissent : d'autre part Ch. Clay perd une opérée (8) à laquelle il avait

(1) *Observ. on the recorded cases of operat for the extract of ovar. tum. Trans. med. chir.* t. XXVII. London, juni, 1844, p. 468, t. XXVII.

(2) *Journal des sciences médicales de Dublin*, july 1844. — *Arch. gén.*, 4e série, t. X, p. 216, 1846. — *Bullet. général de thérapeut.*, 1845, t. XXVIII, p. 69.

(3) *Lond. Med. Gaz.*, march 22nd and aug., 16, 1844.

(4) LEE's *table*. — J. CLAY's *table* lii cases 148, 149.

(5) *Results of ovariotomy*. etc., 1848, p. 26.

(6) *Lancet*, april, 5, 1845, p. 397.

(7) ASHWELL. *On Diseases of Women*, p. 688. Lond., 1848.

(8) *Results of ovar.*, p. 53.

enlevé l'utérus hypertrophié et les deux ovaires. Lane (1), trouve un kyste complètement indépendant de l'ovaire, mais conserve sa malade, et des adhérences nombreuses font abandonner l'ovariotomie commencée à H. Walne (2) (guérison), et à Ch. Clay (3) (mort).

En Amérique, J. D. Bowles (4), réussit complètement, W. L. Atlee, de Philadelphie, échoue (5), dans une seconde opération il rencontre un fibrôme extra-utérin qu'il enlève et guérit sa malade après une péritonite (6) : enfin le docteur Webster est forcé par les adhérences de laisser son opération inachevée : la femme se rétablit (7).

En Allemagne, nous n'avons à renseigner que trois ovariotomies malheureuses : l'une entreprise par le docteur Kiwisch, de Würzbourg (8), et les deux autres par le docteur Bühring, de Berlin, qui dût les abandonner par suite des adhérences qu'il rencontra (9).

Le 28 avril, Woyeikowski, de Quingey (Doubs), opère la première ovariotomie régulière en France et sauve sa malade (10).

Rigaud perd son opérée de péritonite au 4e jour (11).

Statistique d'Achille Chéreau, 65 opérations :

23 morts : 16 fois tumeur enlevée complètement, 6 fois opération incomplète, 1 fois utérus enlevé. 32 guérisons : 28 fois succès complets; 6 fois pas de tumeur, rétablissement; 8 fois opération incomplète (12).

(1) J. Clay's *table* CLXVI, case 10.
(2) R. Lee's *table*.
(3) *Results of ovariot.*
(4) *Ohio med. and surg. J.* vol. XII, n° 2, 1859. — Hamilton's *and* Lyman's *Report.*
(5) *Amer. J. of med. sc.*, july 1844, *and* apr., 1855.
(6) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1855.
(7) Lyman's *Rep.*, *Boston*, 1856.
(8) Kiwisch *table in Klin. vorcräge u. z. w.* Prag., 1856.
(9) Simon's *table* in *loc. cit.*
(10) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1847. — *Rev. méd. chir. de Paris.* juin, 1847, t. I, p. 395. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1862, p. 484.— *Bulletin général de thérap. médic. et chir.*, 1847, t. XXXIII, p. 82. — *Edinb. Monthly J.*, *and Amer. J. of med. sc.*, 1847.
(11) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1852, p. 422.
(12) *Journ. des connaissances méd. chir.*, 1844, p. 230. — Herrera Vegas, *loc. cit.*, p. 71. — Laskowski, thèse cité, p. 105. — *Un. méd.*, août 1847. — *Bullet. gén. de thér.*, 1847, t. XXXIII, p. 169.

33. 1845. ***W. L. Atlee publie une statistique*** d'après laquelle on constate **37,62** insuccès sur **100** opérations (1).

Statistique de Cormack (2) :

L'Angleterre seule nous fournit des cas pour notre statistique de l'année. Ch. Clay, de Manchester opère trois fois avec un plein succès et est obligé d'abandonner une quatrième opération par suite des adhérences (3); la femme guérit. J. Dickson, de Schrewsbury (4) et Southam, de Salford, obtiennent chacun un succès complet (5), mais Handyside, d'Edimbourg, échoue dans une ovariotomie double (6), tandis que Lane ne parvient à enlever qu'une partie de la tumeur par suite des adhérences, et perd sa malade de péritonite (7).

34. 1846. Angleterre. César Hawkins, le 22 septembre, obtient le premier succès dans un grand hôpital de Londres (George's Hospital) (8) : ce fut la seule ovariotomie qu'il entreprit.

En septembre, H. E. Burd opère également avec succès à l'hôpital de Salop (9), une femme grosse de 3 à 4 mois et qui guérit malgré une effroyable hémorrhagie et l'avortement qui suivit l'opération (2 jours après).

Ch. Clay réussit complètement cinq fois (10) et perd une sixième opérée (11).

Handyside, d'Edimbourg (12), W. P. Page, de Carlisle (13), Protheroe

(1) CHURCHILL. *loc. cit.*, p. 634. — *Amer. J. of the med. sc.*, apr. 1845, p. 330. — NEGRONI, *loc. cit.*, p. 12.

(2) *London and Edinb. Monthly Journ.*, Mai, 1845.

(3) *Results of ovariot.*, etc., p. 29, 43. 45.

(4) *Provinc. med. and surg. J.*, octob. 1, 1845.

(5) *Lond. med. Gaz.*, vol. XXXIII.

(6) BENNETT's *Principles and Practice of Medicine*, p. 699. — *Case of ovar. Dropsy Lond.*, 1846. — Voir aussi *Un. méd.*, n° 126, 23 octobre 1851. — *Encyc. des sc. méd.*, 1851, t. CCXXXII, p. 111. — *Ovariotomie*, etc., par ACHILLE CHÉREAU.

(7) J. CLAY's *table* CXXXVIII, case 13.

(8) SPENCER WELLS et KUMAR, *loc. cit.* — *Lond. med. Gaz.*, octob. 30, 1846.

(9) *Statistique* LASKOWSKI, *loc. cit.*, p. 107. — *Revue médico chir.*, 18 8, p. 42. — HERRERA-VEGAS, *loc. cit.*, p. 136. — *Med. chir. Trans.*, vol. XXX and XXXII. Voir pour cette période de 1842 à 1846 : *The Lancet* 1860, t. II, p. 592.

(10) *Results of ovariot.* etc., 1848, p. 39, 51 52, 53. R. LEE's *table*, case 69.

(11) *Ibid.*, p. 53.

(12) J. CLAY's *table*, CII. case 109.

(13) *Lancet*. déc. 12, 1846.

Smith, de Londres (1), échouent. Une partie seulement de l'ovaire malade est excisée par W. P. Page de Carlisle (2), et Samuel Solly, de Londres (3), qui perdent leurs malades. Des adhérences trop intimes forcent Lane, de Londres (4), (guérison rapide), Elkington de Birmingham (5), (mort) et J. Y. Arrow-Smith, de Schrewsbury (6) (guérison), de laisser l'ovariotomie inachevée.

Amérique. Larrey réussit complètement (7), J. L. Atlee se voit enlever son opérée au 30e jour par la pneumonie (8) et E. L. Dudley laisse son opération inachevée par suite d'adhérences : la femme guérit (9).

Allemagne. Siebold, de Darmstadt, obtient le premier succès complet en Allemagne (10), mais Heyfelder échoue à Erlangen (11).

Le 16 mai, Vanzetti, de Padoue, alors professeur à Charkoff, avait opéré une femme de 29 ans, maigre, nerveuse, mariée depuis 4 ans, sans enfants : la tumeur datait de 2 ans : longue incision de Clay (à 4 doigts de l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis) : pas d'adhérences, kyste multiloculaire (conservé au Musée de Charkoff) : mort le 8e jour de faiblesse et de péritonite (12).

C'est bien la première opération d'ovariotomie pratiquée en Russie : elle est néanmoins postérieure à celle que Galenszowski a pratiquée en Pologne.

Statistique de Th. Safford Lee (13) : **114** cas.

74 guérisons, 40 morts : 1 sur 2, 85/10 ou 35, 08 %.

(1) J. Clay's *table* CXVJ, case 157
(2) *Ibid.* CXXXVIII, case 16.
(3) *Lond. med. Gaz.*, july 10, 1846.
(4) J. Clay's *table* cliv, case 49.
(5) *Provinc. med. and surg. J.*, 1851.
(6) T. S. Lee's *table*.
(7) Dr Lymans *Rep.* Boston, 1856, c. 200.
(8) Lyman's *Rep.*, 1856, case 5.
(9) J. T. Bradford's *Rep.*, *Kentucky*. Date non renseignée.
(10) Scanzoni's *Beitr.*. 1858. Simon's *table*.
(11) *Ibid.*
(12) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 19.
(13) *On tum. of the uter.*, etc., p. 210 et *Append.*, p. 264. — Boinet *Mal. des ovaires*, p. 544. — Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 77. — Negroni, *loc. cit.*, p. 12.

Opérations non terminées	24		21.05 p.%
Adhérences	46	1 pour 2 1/2	40 —
Pas d'adhérences	35	1 — 3	33,3 —
Non mentionnées	33		
Grande incision		1 — 2 1/2	40 —
Petite incision		1 — 6	16,6 —

Mort dans les trente-six heures, 14.

« » la première semaine, 25.

Tumeur solide plus de 50 p. % de mortalité.

Tumeur en partie solide, en partie liquide, moins de 33 p. % de mortalité.

35. 1847. France. Le 15 septembre opération et succès de Vaullegeard, de Condé sur Noireau (Calvados) (1).

Angleterre. Bainbrigge *donne une statistique* (2).

Ch. Clay, de Manchester, enregistre deux succès (3), mais échoue dans une troisième opération (4) ainsi que Southam de Salford (5) Samuel Solly ovariotomise en août, une femme de 26 ans, qui, en janvier 1851 accouchait sans déchirure de la cicatrice (6). Lane, à Londres, abandonne son opération (adhérences : guérison) (7) et échoue de la même façon devant une tumeur tuberculeuse de l'utérus (guérison) (8).

En Allemagne l'ovariotomie persiste à être malheureuse entre les mains de Kiwisch, à Würzbourg (9), Küchenmeister et Steinert, à Zittau (10), Langenbeck, à Berlin (11) et Mogk à Offenbach (12).

(1) *Journ. des conn. méd. chir.*, juin 1848, p. 224. — *Gazette des hôpitaux*, 1848, t. X. p. 92. — *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1862, p. 481.

(2) *Lond. med. Gaz.*, 1847.

(3) *Results of ovariot.*, etc., 1848, p. 49 et 55.

(4) *Ibid.*, p. 55.

(5) *Trans. of the Provinc. med. and surg. Associat.*, vol. III.

(6) *Med. chir. Trans.* 35e vol., 1853. — *Arch. gén. de méd.*, 5e série, vol. I, p. 366, 1853. Cas non renseigné dans les Tables de J. Clay.

(7) J. Clay's *table*, cliv, case 50.

(8) *Ibid.*, clxvi, case 11.

(9) Kiwisch's *Table*, in *Klin. Vorträge* u. z. w. Prag. 1856.

(10) Scanzoni's *Beitr.*, 1858; Simon's *Stat.*

(11) *Monatschr. f. Geburtsk.*, may ü. jun., 1856. — Fock's *Stat.*

(12) Scanzoni's *Beitr.*, 1858, Simon's *Stat.*

Amérique. Robert Thompson perd son opérée (1) et Prince devant l'étendue des adhérences, ne peut extirper qu'une partie de l'ovaire malade: son opérée guérit (2).

36. 1848. France. Maisonneuve opère en octobre à Cochin et échoue (3).

Angleterre. Ch. Clay, de Manchester pratique 12 opérations : 5 guérisons, 7 morts : 4 succès complets, 6 insuccès, 1 extirpation incomplète (guérison) et une ovariotomie abandonnée pour adhérences (4).

Protheroe Smith réussit à Londres (5), J. Y. Arrow-Smith de Schrewsbury (6), Elkington, de Birmingham (7), H. G. Potter, de Newcastle (8) échouent.

L'étendue des adhérences font renoncer à l'opération : A. Anderson (9) (mort), J. M. Arnott (10), (mort), F. Bird (11), (mort), Lane (12), (guérison), à Londres; et Southam, à Salford (13) (guérison).

Amérique. P. J. Buckner (14), Henri Miller (15), réussissent complètement, P. J. Buckner perd une seconde opérée (16), P. M. Crume (17) et S. Parkman (18) perdent leurs malades après leur avoir enlevé des tumeurs étrangères à

(1) Hamilton's *Rep., op. cit.*
(2) Dr Lyman's *Rep. Boston*, 1856, case 237.
(3) *Des opérations applicables aux maladies des ovaires*. Thèse. Paris, 1850. — *Bulletin de la Société de chir.*, t. I, 1851. — Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 168.
(4) *Results of ovar.*, pp. 52, 54, 55, 56. — R. Lee's *Table*, case 70. — J. Clay's *Table*, cxliv, case 8.
(5) John Clay's *Table*, lxvi, case 217. — Kumar, *Loc. cit.*, p. 186.
(6) *Ibid.*, *Table* II, case 4.
(7) *Prov. med. and surg. J.*, 1851, p. 459.
(8) *Lond. med. Gaz.*, jun. 23, 1848.
(9) John Clay's *Table* IV, case 1.
(10) R. Lee's *Table*, case 88.
(11) *Lancet*, 1850, vol. II, p. 592.
(12) J. Clay's *Table* cliv, case 51.
(13) *Ibid.*, clx, case 57.
(14) *Ohio med, and surg. J.*, vol. XII, n° 2, 1859.
(15) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1859.
(16) *Ohio med. and surg. J.*, vol. XII, n° 2, 1859. — Hamilton's *Rep.*
(17) *Ibid.*
(18) Dr Lyman's *Rep.*, Boston, 1856.

l'ovaire et Deane referme le ventre après y avoir découvert une tumeur fibreuse de l'utérus. L'opérée guérit (1).

Allemagne. Stilling met en application le procédé qu'il avait indiqué en 1837 pour la fixation du pédicule en dehors du péritoine, dans une ovariotomie suivie de guérison (2).

Martin Langenbeck applique le procédé de Stilling en suivant ses indications et perd sa malade (3).

37. 1849. Angleterre. Ch. Clay publie une statistique de 31 cas : 22 guérisons, 9 morts (4).

Lane donna aussi le résultat de ses opérations :

6 ovariotomies terminées, 1 mort : 5 opérations inachevées : 1 mort (5).

Le docteur Clay, de Manchester, opère trois ovariotomies, 3 succès (6).

J. Crouch, de Surrey (7) et Elkington, de Birmingham (8) réussirent également.

Des adhérences trop intimes forcent Lane (9) et C. de Morgan (10) à Londres, à abandonner l'opération commencée : leurs malades guérissent.

Amérique. W. L. Atlee, de Philadelphie (11), obtient deux succès. Bayless, du Kentucky (12), March (13) et Van Buren, de New-York (14) sont également heureux.

H. J. Bigelow (15) et Gross (16) échouent.

(1) Dr Lyman's *Rep.*, Boston, 1856.

(2) *Jenaischer Annalen für Physiolog. and med.*, *redigirt* von Hessing, 1849. — Scanzoni's *Beitr.*, 1858.

(3) Berlin. — *Allgem. med. Centralbl.*, V, Possner XXII. 1848. — *Deutsche Klinik*. 1851.

(4) *Obstetr. Record*. II, 1849. — *Results of the ovariotom*. Manchester, 1848.

(5) Koeberlé. *Opérat. d'ovariot.*, p. 39.

(6) R. Lee's *Table*, cases 70, 71, 72.

(7) *Provinc. Med. and surg. J.*, 1849, p. 477.

(8) *Ibid.*, 1851, p. 439.

(9) J. Clay *Table*, CLVI, case 52.

(10) R. Lee's *Table* et West : *on Diseases of Wom.*, t. II, p. 161.

(11) *Amer. J. of Med. sc.*, octob., 1849, apr. 1850 and 1855.

(12) J. T. Bradford's *Rep.* Kentucky, 1859.

(13) *Prov. Med. and surg. J.*, july, 1859.

(14) Dr Lyman's *Rep.*, *Prize Essay*; Boston, 1856, case 281.

(15) *Ibid.*, case 81.

(16) *Ibid.*, case 175.

W. L. Atlee (1) pratique l'opération pour une tumeur fibreuse extra-utérine : son opérée guérit ; mais il perd deux autres malades atteintes de tumeurs étrangères à l'ovaire et pour lesquelles l'ovariotomie commencée dut être abandonnée (2).

Allemagne. Le 10 octobre, à Jena, Le docteur Edward Martin extirpe un kyste dermoïde pesant 18 livres : son opérée meurt de péritonite au troisième jour (3).

Ovariotomie de Knorre (4), 22 mars 1849 : femme de 24 ans : kyste uniloculaire de l'ovaire droit. Incision de 2 pouces ; destruction facile des adhérences (abdominales antérieures); fil solide passé à travers la paroi antérieure du kyste mis à nu pour le fixer : ponction et évacuation du liquide : ligature du pédicule en deux moitiés : deux points de suture : bandelettes agglutinatives : guérison en cinq semaines.Il est le premier qui combine de cette façon les procédés de Ledran et de Monteggia, mais il est nécessaire pour cela qu'il existe des conditions toutes spéciales.

Russie. Haartman à Helsingfors voit aussi sa malade succomber à la péritonite, deux jours après l'opération (5).

38. 1850. Angleterre. E. Duffin, de Londres, applique le 27 août avec un plein succès sur une femme de 38 ans, le procédé de fixation du pédicule décrit par Stilling en 1837 et s'en croit l'inventeur (6). Spencer Wells lui en fait honneur en déclarant qu'il avait, en retenant le pédicule hors de la cavité péritonéale, inauguré une nouvelle ère pour l'ovariotomie (7).

(1) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1855.

(2) *Ibid.*, apr. 1855.

(3) E. MARTIN, *loc. cit.*, s. 26.

(4) *Deutsch. Klin. Enc. des sc. méd.*, 1852, vol. 236, p. 250. — SCANZONI's *Beitr.*, etc. SIMON's *Stat.*

(5) *Monatschr. f. Geburtsk.* — FOCK's *Statt.*, s. 376 *u.* 377. — SCHMIDT's *Jahrb.*, 1851, Heft 79, n° 3, s. 335. — *Gazette hebd.*, 1868. p. 734.

(6) *Provinc. med. and Surg. J.*, 1851, p. 23. — *Dublin med. Press.*, décembre. — *Med. chir. Trans.* 1851, 2e série, t. XVI. — *Arch. générales de médecine*, 1852, 4e série, t. XXVIII, p. 225.

(7) « M. DUFFIN's Case in 1850, by which he showed the importance of keeping the strangulated portion of the peduncle outside the péritonéal cavity, was alluded to as the inauguration of a new era in ovariotomy » (*History and Progress of ovariotomy*, etc. — *The med T. and Gaz.* 1861, p. 670).

Clay, de Manchester (1) opère 6 fois et ne perd qu'une malade.

F. Bird, de Londres, sur 8 ovariotomies complètes, réussit 4 fois, et sur 18 autres opérations que les adhérences l'obligent à abandonner, 1 seule de ses malades succombe (2).

Ovariotomies de divers. — a) *Complètes. Succès.* — J. Beale, à Halesworth (Suffolk) (3), Day de Walsall (4) et C. H. Cornish à Taunton (5).

Insuccès. F. G. Stockwell, de Bath (6).

b) *Incomplètes. Guérisons.* F. Bird, de Londres (7), J. G. Wilson, de Bristol (deux) (8).

Mort. J. G. Wilson, de Bristol (9).

c) *Abandonnées pour adhérences. Guérison.* G. Norman, de Bath (10). *Mort,* J. Paget, de Londres (11).

Amérique. a) *Ovariotomies complètes. Succès.* W. L. Atlee, de Philadelphie (12); P. J. Buckner (13), A. Dunlap (14), John Farrell (15).

Le 21 septembre 1850, le docteur E. R. Peaslee, chirurgien de l'Ecole médicale du Maine (Amérique septentrionale) pratique l'ovariotomie chez une jeune fille de 25 ans (nièce de la femme Strotbribge opérée le 5 juillet 1820 par Nathan Smith) pour un kyste ovarique gauche avec adhérences faibles avec l'utérus : il trouva l'ovaire droit transformé en une petite masse morbide de la grosseur d'un œuf de poule et l'enleva : la femme était guérie radicalement le 19 novembre : elle n'eut plus ses

(1) Dr R. Lee's *Table*, cases, 73, 74, 151, 152, 153.
(2) *Lancet*, 1850, vol. II, p. 592.
(3) *Prov. med. and surg. J.*, 1851, p. 397.
(4) *Ibid.*, 1851, p. 440.
(5) *Prov. med. and surg. J.*, 1850, p. 598. *Lancet.*, 1850, p. 680.
(6) J Clay's *Table* CXVIIJ, case 162.
(7) *Lancet*, 1850, II, 592.
(8) et (9) *Prov. med. J.*, 1851, p. 34 et 35, chez l'une de ses opérées, femme de 29 ans, enceinte de 5 mois, l'avortement eut lieu une semaine après; il se développa des abcès pelviens, mais la guérison radicale fut obtenue (Assoc. J., oct., 1855).
(10) *Ibid., Jan.* 8th, 1851.
(11) J. Clay's *Table* clviii, case 62.
(12) *Amer. J. of Med. sc.*, ap., 1855.
(13) *Ohio Med. and surg. J.*, vol. XII, n° 2, 1859.
(14 et 15) *Ibid.*

règles (1) : l'auteur considérait alors cette ovariotomie double comme étant unique dans la science; nous avons vu que L. Atlee (1839) et Hansyde avec Bennett l'avaient dévancé.

Insuccès. W. L. Atlee (deux) (2). Deane (3), Grimshaw (4), et Lyon (5).

b) *Incomplètes. Guérisons.* W. L. Atlee (deux) (6). *Mort.* W. L. Atlee (7).

c) *Abandonnées pour adhérences. Mort.* Gibson (8).

d) *Abandonnées pour maladies étrangères à l'ovaire. Guérison.* W. L. Atlee (9). *Mort.* R. D. Mussey (10).

Allemagne. a) *Ovariotomies complètes.* Von Kiwisch, à Hambourg (11), guérit en 44 jours une jeune femme de 19 ans d'un kyste colloïde contenant 14 livres de liquide. C'est le seul succès complet qu'il ait obtenu sur les 5 ovariotomies qu'il a entreprises.

Wattmann (en Autriche), perd sa malade de péritonite (12).

Krauel, réussit à Rostock (13).

Insuccès. Knorre, à Hambourg, échoue deux fois (14).

b) *Ovariotomies incomplètes. Guérisons.* Küchenmeister et Steinart, à Zittau (15).

Mort. Kiwisch, à Würzbourg (16).

c) *Abandonnée pour adhérences. Guérison.* Kiwisch, à Würzbourg (17).

59. 1851. *Statistiques.* W. L. Atlée complète sa première statistique : elle comporte cette fois 159 cas : 97 guérisons, 62 morts (18).

(1) *Amer. J. of the med. sc*, 1850, n° 42, p. 371. — Dr Lyman's *Rep.*, *Prize Essay Boston*, 1858, case 234. — *Archiv. gén. de méd.*, 1852, 4e série, t. XXIX, p. 86.

(2) *Amer. J. of Med., sc.*, apr., 1855.

(3) Dr Lyman's *Rep.*, 1856, case 158.

(4) *Ibid.*, case 176.

(5) *Ibid.*, case 202.

(6) et (7) *Amer. J. of M. sc.*, apr., 1855.

(8) Dr Lymans *Rep.*

(9) *Amer. J. of M. sc.*, ap., 1855.

(10) Hamilton's *Rep.*, *op. cit.*

(11) Scanzoni's *Beitr.*, u. z. w., Simon's *Stat.* — *Prag. Vierteljahr.*, 1851, 1 Bd.

(12) Kumar, *loc., cit.* Renseignée sans date dans les tables de J. Clay-Scanzoni's *Beitr.* s. 127.

(13) Scanzoni's *Beitr.*

(14) Scanzoni's *Beitr.*

(15) (16) (17) *Ibid.*

(18) Negroni, *loc. cit.*, p. 12.

Statistique de Rob. Lee, de 108 cas d'abord, plus tard portée à 162 et comprenant toutes les ovariotomies pratiquées en Angleterre (1).

L'ovaire n'était pas malade, 5 fois.

L'ovaire ne fut pas enlevé (opération inachevée), 60 fois : 19 morts, 1 sur 3).

L'opération fut régulièrement complétée : 102 fois, 42 morts, 60 guérisons.

1 fois les deux ovaires et l'utérus furent excisés.

1 fois un ovaire avec une partie de l'utérus.

2 fois les deux ovaires.

De 18 à 30 ans,	40 opérations,	19 morts.
De 30 à 40 ans,	41 »	13 »
De 40 à 50 ans,	17 »	4 »
De 50 à 60 ans,	13 »	2 »

La plus grande mortalité est donc de 18 à 30 ans.

Clay sur	50 cas	a obtenu	35 guérisons.
Lane sur	11 »	»	7 »
Bird sur	31 »	»	20 » puis viennent :

Walne sur 7 cas.

Southam sur 4 cas et enfin Key, Jeaffreson, etc.

Grande-Bretagne. Nous n'avons à enregistrer que des insuccès : Alfred Baker, à Birmingham (2), B. Brown, à Londres (3), (sa première ovariotomie), Clay, à Manchester (4) et H. Walne, de Londres (5).

Amérique. *Ovariotomies complètes. 3 insuccès.* W. L. Atles, de Philadelphie (6), Ezra Bennett (7) et Van Buren (8).

(1) *Clinical Rep. of ovarian*, etc., by Rob. Lee. Lond., 1853, p. 88. *Dublin med. Press* déc. 1850. — *Med. chir. Trans.*, t. XXXIV, p. 10. Lond., 1851. *On analysis of 162 cases of ovariotomy*, which have occurred in Great Bretain. On the diagnosis and treatment of ovar. Disease. *Lancet*, déc., 1851. — Kumar, *loc. cit.*, p. 187.

(2) Dr R. Lee's *Tables*.

(3) B. Brown. *Surg. Diseases of wom.*, p. 257, case 55.

(4) R. Lee's *Table*, case 151.

(5) *Ibid.*, n° 108.

(6) *Amer. J. of Med. sc.*, apr. 1855.

(7) Dr Lyman's *Rep.*, case 72.

(8) *Ibid.*, c. 282.

Extirpation de tumeurs étrangères à l'ovaire. Guérisons. P. J. Buckner (1) et W. L. Atlee (2).

Ovariotomies abandonnées pour maladies étrangères à l'ovaire. 2 morts : W. L. Atlee (3) et S. Parkman (4).

Allemagne. *Ovariotomies complètes. Succès.* Langenbeck, à Berlin (5) et Ed. Martin, à Iéna (6).

Insuccès. Langenbeck, à Berlin, (trois) (7) et Baum à Göttingen (8).

40. 1852. Grande-Bretagne. a) *Ovariotomies complètes. Succès.* Baker-Brown (9) et Tanner (10), à Londres.

Insuccès. Baker-Brown (quatre) (11).

b) *Extirpations incomplètes.* Baker-Brown (12) et John Crouch, à Bruton (Somerset) (13). Rétablissement dans les deux cas.

Amérique. *Ovariotomies complètes. Succès.* W. L. Atlee (14) et R. L. Howard (15).

Insuccès. W. L. Atlee (deux) (16).

Allemagne. Un seul *succès.* Langenbeck de Berlin (17), le second qu'a

(1) *Ohio med. and surg. J.*, vol. XII, n° 2, 1859.
(2) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1855.
(3) *Ibid.*
(4) Dr Lyman's *Rep.*
(5) Scanzoni's *Beitr.*
(6) E. Martin, *loc. cit.*, s. 91.
(7) *Monatschr. f. Geburtsk.*, May u. Jun. 1856. Fock's *Stat.* — Busch's *Chir. Beobacht.* Berlin, 1854, s. 68.
(8) *Monatschr. f. Geb.*, aug., 1859, s. 124.
(9) B. Brown. *Surg. Diseases of Women.* — Il opère sa propre sœur qui, dix ans plus tard, accouche de sa cinquième fille ; sa santé était restée toujours bonne depuis l'opération. (Jottrand). — *Journal de Méd. et de chir.* de la Société des Sciences de Bruxelles, 1863, II, 321.)
(10) *Lancet*, september, 1852.
(11) B. Brown. *Surg. Diseases of wom.*, p. 257, case 55 ; p. 263, case 58 ; p. 259, case 56 ; J. Clay's *Table*, lxxxiv, case 35.
(12) *Surg. Diseases of wom.*
(13) *Lancet*, vol. I, p. 41, 1854.
(14) *Amer. J. of Med. sc.*. apr., 1855.
(15) *Ohio Med and Surg. J.*, vol. XII, n° 2, Hamilton's *Rep.*
(16) *Amer. J. of Med de sc.*, apr., 1855.
(17) *Monthly J. of Med. sc.*, *Edinb.*, 1854, vol. II, p. 174. — Koeberlé. *De l'ovariotomie*, 186, 1865, p. 25. — *Deutsche Klin.*, 1555, n° 4.

obtenu cet éminent chirurgien sur 8 opérations qu'il a entreprises, encore dans ce cas ci y eut-il suppuration pendant plus de deux mois.

Bardeleben, de Greifswalde (1), Bartscher à Osnabrück (2), Rawitz (3), Scanzoni à Würzbourg (4), Strempfel à Rostock (5) et Wild à Cassel (6), échouent.

Enfin la statistique de Simon (7), renseigne un cas d'ovariotomie entreprise par un chirurgien dont il ne donne pas le nom, et abandonnée parce qu'il rencontre un cancer de l'utérus. La femme succomba.

En France, Bach perd la malade qu'il ovariotomise (8).

41. 1853. Grande-Bretagne. a) *Ovariotomies complètes. Succès.* G. B. Child (9), Erichsen (10) et Tanner (11), tous trois à Londres.

Insuccès. Borlase Childs (12) et Tanner (13).

b) *Abandonnées pour adhérences.* Tanner (trois cas) (14), les deux premières guérissent, mais une troisième opérée à Mildenhall (Suffolk) succombe.

Amérique. a) *Ovariotomies complètes. Succès.* W. L. Atlee (deux cas) (15), Burnham (16), A. Dunlap (deux cas) (17) et Mac Ruer (18).

En juin, J. Taylor Bradfort, d'Augusta (Kentucky), avec A. Dunlap de Ripley, (Ohio), enlèvent chez une femme de 21 ans, une tumeur de 41 livres

(1) Scanzoni's *Beitr.*
(2) Rawitz. *Deusch. Klin.*, 1852, n° 32.
(3) Kiwisch's Klin. *Vorträge*, *Prag.*, 1856.
(4) Scanzoni's *Beitr.*, vol. I, 1856, s. 196.
(5) *Ibid.*, Appendix zū Simon's *Stat.*, s. 141.
(6) Scanzoni's *Beitr.*
(7) *Ibid.*
(8) *Gazette médicale de Strasbourg*, 1852, p. 424. Ce cas n'est pas renseigné par J. Clay.
(9) Brit. *Med. J.*, mar. 6, 1858. — *Med. T. and Gaz.*, déc., 18, 1858.
(10) *Lancet*, vol. II, 1855.
(11) *M. S. Clinical Medicine*, p. 346.
(12) *Medical Circular*, déc. 30th, 1857.
(13) *Med. T. and Gaz.*, apr. 16th, 1853.
(14) *M. S. Clin. M. S.*, vol. II, p. 367 et 141, vol. III, p. 73.
(15) *Amer. J. of Med. sc.*, apr., 1855.
(16) Dr Lyman's *Rep.*, *Prize Essay*, 1856.
(17) *Ohio Med. and surg. J.*, vol. 12, n° 2, 1859, Hamilton's *Rep.*
(18) Dr Lyman's *Rep.*, etc., case 236.

renfermant une production osseuse considérable : peu d'adhérences, guérison (1).

Insuccès. Bayless (2).

b) *Extirpation incomplète* et *mort.* R. L, Howard (3).

c) *Extirpation de tumeurs étrangères à l'ovaire* W. L. Atlee (4) et E. R. Peaslee (5). Mort dans les deux cas.

Une autre ovariotomie entreprise par E. R. Peaslee dans les mêmes conditions, dut être abandonnée et entraîna la mort de la malade (6).

Allemagne. Tentatives malheureuses : une seule ovariotomie menée à bonne fin (Bruns, de Tubingen) (7), entraine la mort de la malade au bout de quatre semaines par péritonite.

Extirpation incomplète du docteur Siebold, de Darmstadt. Mort de péritonite en 36 heures (8).

Enfin Rothmund, arrêté par les adhérenees, referme l'abdomen et perd sa malade au 6e jour (9).

Schuh échoue en Autriche (10) : sa malade meurt de péritonite au 3e jour.

42. 1854. a) Grande-Bretagne. *Ovariotomies complètes. Succès.* Baker-Brown (11).

Insuccès. Baker-Brown (12), S. Lane (13), Protheroe Smith (14) et Thomas P. Teale, à Leeds (15).

b) *Extirpation incomplète* et *mort.* Poland à Londres (16).

c) *Opération abandonnée pour adhérences* et *mort.* J. Paget, à Londres (17).

(1) *The amer. J. of med sc.*, apr. 1851. — Dr Lyman's *Rep.*, *Prize Essay*, *Boston*, 1856.
(2) *Ibid.*, case 82.
(3) *Ohio Med and surg.*, *J.*, v. XII, n° 2, 1859.
(4) (5) et (6) *Amer. J. of Med. sc.*, apr.; 1855.
(7) (8) et (9) Scanzoni's *Beitr.*, u. z. w., 1858. Simon's *Stat.*
(10) Kumar, *loc.*, *cit.*, p. 223. *Oesterr. Zeitschr.*, *f.*, *pract. Heilk.*, II,1, 1856, renseigné dans les *Tables* de J. Clay pour l'année 1856.
(11) B. Brown, *oper. cit.*
(12) *Ibid.*, p. 280.
(13) et (14) J. Clay's *Table*, CVIIJ, case 127, *and* CXX, case 158.
(15) *Med. T. and Gaz.*, July 1st, 1854.
(16) Fock's *Stat*, *op. cit.*, s. 382.
(17) *Med. T. and Gaz.*, nov. 25 th, 1854.

Amérique. ***Statistique de P. J. Buckner, pour l'Etat de l'Ohio*** (1). 11 cas, 6 succès et 5 insuccès.

A. Mercier le 17 décembre, opère à la Nouvelle Orléans et obtient un succès (2). Il produit une statistique qui n'est autre que celle de Philipps, (1844).

W. L. Atlée pratique 7 ovariotomies complètes et enregistre 4 succès (3), J. Craig (4) et Rob. Nelson, de New-Yorck (5), réussissent également, Kimball, de Lowell, opère l'extirpation partielle (adhérences) et perd sa malade au 12e jour (6), Henry Smith trouve au lieu d'un kyste ovarique, l'épiploon épaissi et induré et les deux ovaires parfaitement sains ; referme le ventre et a la chance de voir sa malade se rétablir (7).

Ovariotomie opérée à la Maternité de Gand. « Il y a quelques années (8), une fille se présenta à l'hospice de la Maternité de Gand se disant enceinte et à terme. Elle précisait toutes les circonstances de la grossesse : l'époque où ses règles avaient disparu, celle ou elle avait commencé à sentir les mouvements de l'enfant, etc.

« Le ventre était distendu, mais non d'une manière uniforme comme dans la grossesse utérine. A travers la paroi abdominale on sentait une tumeur inégale, bosselée, dont la grosse tubérosité reposait dans la fosse iliaque. Le toucher fit reconnaître que la matrice était vide.

En présence des affirmations positives de la femme, on crut à la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Toutefois on attendit encore avant de pratiquer la gastrotomie, finalement on se décida à opérer, afin de ne pas exposer la femme aux dangers de l'abcédation. Le ventre ayant été ouvert

(1) *Med. T. and Gaz.*, 1859, 14 mai.

(2) *The new Orleans Med. and surg. J.*, jan. 1855. — *Gazette des Hôp.*, nos 9 et 116, 1855. — *Gazette hebdom.*, n° 30, 1855. — Dr Lyman's, *Rep.*, etc., case 227. — *Journal de méd. et de chir de New-York*, 1855.

(3) *New Orleans Med. news and hosp. Gaz.*, dec., 1th, 1854. — *Amer. J. of Med. sc.*, jan., 1855.

(4) Dr Lyman's *Rep.*; *Prize Essay, Boston*, 1856, p. 53.

(5) *Amer. Med. Monthly, July*, 1858.

(6) *Amer. J.*, apr.; 1854. *Gazette hebdom.*, 1854, n° 62, non renseigné par J. Clay.

(7) Dr Lyman's *Rep.*, etc., case 255.

(8) Burggraeve. *Le Génie de la Chirurgie.* — Gand, 1853, p. 401.

avec précaution, il en sortit une tumeur qu'à sa disposition on reconnut pour un chapelet de kystes athéromateux, qui fut enlevé après qu'on eut appliqué une ligature à la base. La femme guérit sans encombre après être restée pendant quelque temps anémique. Probablement si l'on eut abandonné la tumeur à elle-même, la femme serait morte d'épuisement et hydropique comme il arrive d'ordinaire. Les *tumeurs des ovaires* sont presque toutes dans ce cas. » Comme on le voit, il s'agissait bien là d'une tumeur ovarique et d'une véritable ovariotomie.

43. 1855. Grande-Bretagne. Bernard (1) fait le dépouillement des cas opérés en Angleterre, de 1850 à 1855 et constate 7 morts et 6 guérisons sur les 13 cas empruntés à la pratique de Baker-Brown (2), Childs (3), Seaman Garrard (4), Cornish (5), Tanner (6), Gross (7), Lyon (8), Howard (9), Teale (10) et Crouch (11).

Dans le courant de cette année, nous ne relevons que deux cas complets, l'un appartenant à Seaman Garrard, d'Halesworth (Suffolk) (12), suivi de succès, et l'autre à G. Murray Humphry, de Cambridge (13), suivi de mort.

J. Paget, de Londres, est forcé de fermer la plaie abdominale devant les adhérences générales qu'il rencontre (14), (rétablissement).

Amérique. *Opérations de W. L. Atlee* (15), 30 cas : 15 morts, 15 guérisons.

(1) *Loc., cit.*, p. 472.

(2) Deux guérisons (*Lancet*, 1855. *Provinc. med. and surg. J.*, ap., 1850)), 1 mort (*Lancet*, 1852).

(3) 1 guérison (*Lancet*, 1853).

(4) 1 guérison (*Ibid.*, 1855, aug,. vol. II, n° 6).

(5) 1 guérison (*Provinc. med.*, etc., 1850).

(6) 1 guérison (*M. T. and Gaz.*, 1853) ; 1 mort (*M. T. and Gaz.*, 1853).

(7) 1 mort (*West J. of med and surg. sc.*, 1852).

(8) 1 mort (*Glascow J.* 1853).

(9) 1 mort (*Ibid*).

(10) 1 mort (*M. T. and Gaz.*, 1853).

(11) 1 mort (*Lancet*, 1854).

(12) *Lancet*, vol. II, 1855.

(13) J. Clay's *Table*, CIV, case 115, Associat. méd., *J.*, *febr.*, 16, 1856.

(14) *Med. T. and Gaz.*, jan. 27th, 1855 ; febr. 24, *and* apr. 7, 1855.

(15) *Synopsis of thirty Cases of avariotomy* (*Amer.*, *J. of the med. sc.*, apr., 1855, 387).

Morts : 4 de péritonite.
3 d'hémorrhagies secondaires.
8 d'épuisement.

1 fois en 9 heures ; 1 en 30 heures ; 10 de 3 à 6 jours, 2 en 30 et quelques jours.

26 grandes incisions : 4 de 3 à 6 pouces.

Chez quatre des femmes guéries, l'opération ne fut pas complétée parce que la tumeur appartenait à l'utérus et non à l'ovaire.

Le 12 février 1855, Peaslee pratique avec succès l'ovariotomie chez une femme de 26 ans qui depuis 1 1/2 ans, avait subi 7 fois la ponction : elle fut faite une 8e fois avant l'opération définitive, la sonde en gomme élastique fut laissée à demeure : au 6e jour après l'opération, écoulement purulent dans la cavité abdominale. Peaslee fit 1 à 2 fois par jour, c'est-à-dire 10 fois en tout, des injections de serum chaud dans la cavité péritonéale sans le moindre accident : au 44e jour, la femme était complètement guérie (1).

Autres succès. G. C. Blackman (2), A. Dunlap (3), J. G. Holstein (4), Kimball (5), et J. R. Litzenburg (6).

Insuccès. A. Ackley (7), A. Dunlap (8), et George Fries (9).

L'Allemagne ne nous renseigne (10) qu'une seule tentative, malheureuse comme toujours. Elle fut faite à Giessen, par le docteur Wernher : les adhérences l'empêchèrent de continuer son opération, et la malade succomba de péritonite au 3e jour.

44. 1856. A) *Statistique de l'année.* Grande-Bretagne. Nous ne ren-

(1) *Amer. J. of the medic. sc.*, janv., 1856.
(2) *Ohio Med and surg., J.*, vol. XII, n° 2, 1859.
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*
(5) LYMAN's *Rep.*, etc., case 194.
(6) *Ohio Med.*, etc.
(7) *Ibid.*
(8) *Ibid.*
(9) *Ibid.*
(10) SIMON's *Stat*, *op. cit.*

controns que des échecs à son bilan. Ainsi pour les *ovariotomies complètes*, échouent successivement : P. C. Black, de Chesterfield (1), Baker-Brown, à Londres (2), A. M. Edwards, à Edimbourg, (deux fois) (3) : il opéra l'une d'elles en présence de Simpson, (femme de 30 ans, mort au 8e jour d'une pleurésie contractée le 5e jour après l'extirpation).

Hargraves rapporte l'observation d'une ovariotomie dont il ne cite pas le nom de l'opérateur, et qui dut être abandonnée à cause des adhérences : la femme mourut au 5e jour (4).

Amérique. a) *Ovariotomies complètes. Succès.* Ezra Bennett (5), J. T. Bradford (6), A. Dunlap (3 cas) (7), George Fries (8), E. R. Peaslee (2 cas) (9), Alban G. Smith (10).

Insuccès. Opérateurs inconnus (2 cas) (11), G. C. Blackman (12), A. Dunlap (2 cas) (13), Meeker (Indiana) (14), Mott, à New-York (15) et A. G. Smith (16).

b) *Cas abandonnés à cause des adhérences. Guérison.* N. Smith (17).

Morts. Mott, de New-Yorck (18), un opérateur inconnu (19).

c) *Abandonnés pour maladies étrangères à l'ovaire. Rétablissement.* N. Smith (20) et Trowbridge (21).

(1) *Lancet*, 1857, p. 110 et 138.
(2) Clay's *Tables*, lxxxvi, case 37.
(3) *Edinb. Med. J.*, febr. and apr., 1857.
(4) Dr R. Lee's *Table*.
(5) Lyman's *Rep.*, etc. *Amer. J.*, apr., 1856.
(6) J. T. Bradford's *Rep.*, Kentucky, 1859, case 8.
(7) (8) *Ohio Med. and surg. J.*, vol. XII, n° 2, 1859, Hamilton's *Rep.*
(9) *Amer. J. of Med. sc.*, octob. 1858.
(10) Lyman's *Rep.*, *op. cit.*, case 260.
(11) Lyman's *Rep.*, cases 29 and 30.
(12) Hamilton's *Rep. op., cit.*
(13) Hamilton's *Rep.*
(14) Lyman's *Rep.*, case 225.
(15) *Ibid.*, case 230.
(16) *Ibid.*, case 261.
(17) *Ibid*, case 249.
(18) *Ibid.*, case 229.
(19) *Ibid.*, case 269.
(20) *Ibid.*, case 248.
(21) *Ibid.*, case 267.

Mort. Prince (1).

Les suites de l'opération de Crume (grossesse tubaire) ne sont pas renseignées (2).

Allemagne. Un *succès* complet : Bardeleben, de Greifswalde (3).

Un *insuccès*. Baum de Göttingen (4).

Une *extirpation incomplète* suivie de mort. N. N. (in Sachsen) (5).

France. Jobert de Lamballe perd sa malade (6).

B) Dans les sociétés savantes, mais spécialement à l'Académie impériale de médecine de Paris, d'importantes discussions s'établissent sur l'ovariotomie.

C) Baker-Brown de 1852 à 1856, compte 7 morts sur 9 opérations : il abandonne l'ovariotomie pendant 4 ans, puis se remet à la pratiquer, encouragé surtout par les succès de Sp. Wells (7).

Sur les 69 premiers cas de Clay, de Birmingham, de 1842 à 1846, il est renseigné :

Sur les 20 premiers cas,	8 morts,	1 : 2 1/2.	
Sur les 20 suivants,	6 »	1 : 3 1/3.	
Sur les 29 derniers,	7 »	1 : 4 1/8	(8).

D) *Statistiques.* — a) *Fock* (9) : 292 ovariotomies, 120 guérisons, 120 morts ; 52 guérisons incomplètes.

(1) LYMAN's *Rep.*, case 267.

(2) *Ibid.*

(3) SCANZONI's *Beitr.*, u. z. w. SIMON's *Stat* aüs *Dissert. über ovar. cyst*, 1856.

(4) *Monatschr. für Geburtsk.*, aug., 1859, s. 134. D'après SPIEGELBERG (*Ein Beitr. zur Anat. und Patholog. der Eierstockscyst.*, *in monatsch.*, f. Geb., aug., septemb., 1859), BAUM aurait échoué dans une 3e ovariotomie, où il fut arrêté par les adhérences. CLAY n'en renseigne que deux dans ses *Tables*.

(5) SCANZONI's *Beitr.*, u. z. w.

(6) *Bulletin de l'Acad. de médecine de Paris*, 18 novembre 1856, t. XXII, p. 142. Non renseigné par J. CLAY.

(7) SPENCER WELLS. *Histoire et progrès de l'ovariotomie dans la Grande-Bretagne.* Londres, 1862.

(8) *Edinb. med. J.*, 1856, march, p. 863.

(9) *British and Foreighn Med. chir. Rev.*, octob. 1856, p. 532. — *Journ. mensuel de Gynéologie*, mai et juin 1856. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* n° 1856. ARAN, *loc. cit.*, p. 1081. — *Ueber die operative Behandlüng der ovariencysten.* Berlin, 1856.

Pour les 120 insuccès, 89 fois l'opération fut terminée et 31 fois inachevée.

92 fois en tout, l'opération fut abandonnée pour erreur de diagnostic : 31 morts. Il y eut 52 fois récidive.

Pour les tumeurs fortement adhérentes, il y eut 1 mort sur 18 ovariotomies.

Pour les tumeurs peu ou point adhérentes, il y eut 1 mort sur 33 ovariotomies.

b) *Murray Humphry* (1) : Sur 22 kystes simples ovariotomisés, il y eut 6 décès.

Sur 22 kystes multiloculaires à matières solides (cheveux et dents par exemple), 9 décès.

Sur 17 tumeurs solides fibreuses ou squirrheuses ; kystes avec parties solides ou kystes à nombreuses cavités, 10 décès.

Donc si comme West, on divise les tumeurs en deux grandes classes, on trouve :

Pour les kystes simples . . . . 12 décès sur 43.

Pour les kystes composés contenant plus ou moins de matières solides . . 56 » » 118.

c) *Georges H. Lyman*, de Boston (2).

300 cas d'ovariotomie en comprenant le cas de Laumônier, soit donc 299.

179 succès, 120 insuccès, 40 p. c.

208 opérations complètes, 119 succès, 89 insuccès, 42, 78 p. c.

78 opérations inachevées, 55 guérisons, 22 morts, 1 résultat inconnu.

10 excisions partielles du kyste, 5 guérisons, 5 morts.

Donc 88 cas d'opérations incomplètes, 68 fois par adhérences (24 morts) et 8 fois par absence de tumeur.

117 petites incisions, 60 fois opération complète, 37 guérisons 23 morts

57 fois opération incomplète, 44 guérisons, 13 morts.

(1) *Report. of some cases of operation*. Cambridge, 1856. — Aran, *loc. cit.*, 1082.

(2) *Prize Essays in the Massachusetts Med. society*. Boston, 1856, p. 36. — Gross. *System. of surgery*, vol. II, p. 933.

143 grandes incisions, 20 fois opération abandonnée (11 guérisons) 9 morts) 72 guérisons, 51 morts.

Dans 221 cas, l'âge moyen était de 34,33, la plus jeune malade avait 17 et la plus âgée 68 ans.

Sur 85 cas où la cause de la mort fut indiquée :

35 fois elle fut due à la péritonite.

20 » » » » à l'hémorrhagie.

12 » » » » à l'épuisement.

2 » » » » au shock.

2 » » » » à la pneumonie.

2 » » » » à la diarrhée.

La mortalité fut donc moindre de 50 à 60 et plus grande au-dessous de 20.

d) *Statistique de Kiwisch* (1).

45. 1857. Grande-Bretagne. *Ovariotomies complètes. Succès.* Clay, de Manchester (2), George Murray Humphry, de Cambridge (3) et Joseph Hunt, à Ashton-under-Lyne (4).

Insuccès. Southam, de Salford (5) et Tanner, de Londres (6).

Abandonnées à cause des adhérences. Tanner (7), (guérison).

Sp. Wells opère sa première malade en décembre mais il ne fut pas fort heureux : il trouva les intestins interposés entre la tumeur et la paroi abdominale, n'osa aller plus loin et referma la plaie : l'opérée se rétablit complètement et mourut 4 mois plus tard de la rupture de son kyste : Sp. Wells eut ainsi l'occasion de s'assurer qu'il eut pu facilement continuer son ovariotomie et extirper la tumeur (8).

Amérique. Gay opère deux fois (Amérique du Sud) : un mort, une

(1) *Klinische Vortraege*, Prag., 1856, s. 156.

(2) *Edinb. and méd. surg.* J., 1857.

(3) *Med. T. and Gaz.*, june 12, 1858.

(4) J. Clay's *Table* xlxiii, case 167.

(5) *Ibid.*, CXVIII, case 160.

(6) *Lancet.* July 1858.

(7) *M. S. clin. Med.*, vol. II, p. 141.

(8) Kumar, *loc. cit.*, p. 211. — *Medic. T. and Gaz.*, febr. 19, 1859.

guérison (1). A. Ackley (2), Hanford N. Bennett, à Bridgeport (3), H. Miller (4) et Potter (New-York County) (5), réussissent; mais F. B. Mussey, perd sa malade au 37e jour (6).

46. 1858. A) *Statistiques.* — a) *A. B. Barnes* (7), 183 cas constitués par ceux de la statistique de Rob. Lee et par 21 nouvelles observations que citent également Ranking et Braithwaite (8) : 2 guérisons sur 3 opérations : 13 ovariotomies lui sont propres : 2 morts (1 sur 16 1/2).

8 opérations complètes, 6 guérisons, 2 morts (1 sur 4).

5 opérations incomplètes par adhérences, 5 guérisons.

A cette époque, Clay, de Manchester, comptait 79 ovariotomies, dont 55 guérisons, 30 morts.

Sur ses 37 derniers cas : 10 morts, 27 guérisons. 1 mort sur 3 3/4 de guérisons (9).

Atlee, de Philadelphie, 36 ovariotomies, 16 morts (1 sur 2 1/4).

b) *Gustave Simon*, de Darmstadt (10). 64 cas d'ovariotomies entreprises ou exécutées en Allemagne.

Sur ces 64 opérations achevées ou seulement commencées :

46 moururent peu de temps après l'opération.

6 fois l'opération ne produisit aucune amélioration ou seulement un mieux passager.

12 guérirent, 18,7 %.

44 fois l'opération fut complète : 32 moururent par le fait de l'opération.

1 mourut par la récidive de la cause organique du kyste.

(1) NEGRONI. *Statistique complémentaire de* J. CLAY, *loc. cit.*

(2) *Ohio med. and surg. J.*, vol. XII, n° 2, 1859. — HAMILTON's *Rep.*

(3) *Amer. J. of med. sc.*, octob. 1857.

(4) *Ibid.*, apr. 1859.

(5) *Ibid.*, 1857.

(6) *Ohio Med.*, etc.

(7) *Lancet*, july, 1858.

(8) *Ibid.* et *Bulletin général de thér.*, 1858, t. LV, p. 559.

(9) *Edinb. med. J.*, juin 1857.

(10) *Der Extirpation der Milz am Menschen Gneissen*, 1858. Zusammenstellung von 61 in Deutschland theils ausgeführten, theils versüchten ovariotomien in : *Beitr. zür Geburtsk.* von SCANZONI, t. III. Würzb., 1858. — ROGER. *Vierteljahrschr*, 1858, t. IV. *Bullet. gén. de thérap.*, 1858, t. LV, p. 560.

11 guérirent radicalement.

15 fois l'opération fut incomplète par suite d'adhérences : 11 moururent immédiatement.

4 ne furent que peu ou pas du tout soulagées.

2 fois il y eut erreur de diagnostic, 1 mort et 1 guérison s'ensuivirent.

B). *Bilan de l'année.* Grande-Bretagne. Sp. Wells opère 3 fois : 2 guérisons, 1 mort (au bout d'un an par développement de tumeurs cancéreuses sur les intestins) (1). Des deux femmes guéries, l'une de 29 ans, non mariée avait un pédicule tellement large qu'il fallut le lier en trois portions.

Hutchinson le suit et invente le *Clamp* ou *Clipper* que Sp. Wells modifie bientôt (2). Hutchinson pratique 4 ovariotomies : 1 dans sa pratique privée, 3 à Metropolitan Free Hospital.

2 guérisons, 2 morts (péritonite et pyohémie) (3).

Baker-Brown (deux cas à London Surgical-Home) (4), A. B. Barnes (5), Septimus Gibbon (6), Humphry (7), opèrent avec succès, tandis que Borlase Childs (8), J. C. Erichsen (University College Hospital) (9) et W. C. Orford, de Birmingham (10), voient leurs opérées succomber.

Amérique. *Succès.* John L. Atlee, de Lancaster, (11), J. W. Hamilton, de Columbus (12), Mac Ruer, de Bangor (13), B. Roemer (14) et Hazard Potter (15).

(1) SPENCER WELLS. *Diseases of ovaries.* Lond. 1865. — JOTTRAND et BOTTARO, *loc. cit.*, (JOTTRAND, p. 317). *Dubl. Quarterl. J. of med. sc.*, vol. 28, 1859, p. 287. — *Med. T. and Gaz.*, march 27, 1858.

(2) LASKOWSKI, thèse cité, p. 83.

(3) *Med. T. and Gaz.*, 1858, vol. 75, pp. 215, 372, 375, 471.

(4) *Med. T. and Gaz.* 1858, vol. II, p. 526.

(5) *Ibid.*, 1858, t. I, p. 615.

(6) *Brit. med. J.*, n° 62, 1858.

(7) *Addenbrooke's Hospital. Med. T. and Gaz.*, 1858, t. I, p. 601.

(8) *Ibid.*, 1858, t. II, pp. 550, 601.

(9) *Ibid.*, p. 603, and *Brit. Med. J.*, jan. 15, 1859.

(10) J. CLAY's *table*, CXII, c. 143.

(11) *North Amer. Med. chir. Rev.*, 1858, par J. CLAY.

(12) *Ohio Med. and surg. J.*, vol. XI, n° 3, 1859.

(13) *Amer. J. of Med. sc.*, july 1859.

(14) NEGRONI. *Stat.*

(15) *Amer. J. of med. sc.*, octob. 1858 : femme de 25 ans : variole au neuvième jour : guérison au bout de cinquante jours. Ces deux dernières ovariotomies ont été omises par J. Clay.

Insuccès. G. V. Dorsey (1), M. Kempf (2), W. H. Mussey (3) et Warren (4).

Ovariotomies incomplètes par suite des adhérences. J W. Hamilton, (mort) (5) et T. W. Mac Arthur (6), (rétablissement).

Allemagne. Gerson de Hambourg (7), Müller de Hambourg (8), un opérateur inconnu de la même ville échouent tour à tour.

47. 1859. A) *Statistiques.* — a) *Statistique de l'Ohio.* Churchill avait ajouté à la statistique de Buckner 13 nouvelles opérations qui étaient parvenues à sa connaissance : 5 guérisons, ce qui donnait 11 succès sur 24 opérations (9).

J. W. Hamilton complète cette statistique qui comprend 51 ovariotomies (10) :

1°) Chez 25 malades, l'âge moyen était de 34 ans : la plus jeune avait 16 ans, la plus âgée, 56.

Le résultat fut plus heureux chez les plus jeunes :

Sur 12 malades d'un âge moyen de 20 1/2 ans, on constate 8 guérisons.

Sur 12 » » » de 45 2/3 » » 5 » seulement.

2°) Des adhérences furent mentionnées dans 34 cas :

12 légères : 9 guérisons.

23 très-étendues : mort dans plus des 4/5 des cas.

3°) Incision de 6 à 20″ dans 29 cas.

4°) Dans 23 cas, la mort arriva en 5 ou 6 jours chez 2.

au 3e jour » 6.

au 2e jour » 3.

pendant l'opération » 1.

(1) *Ohio Med.*, etc.. vol. XII, n° 2. 1859. — HAMILTON'S *Rep.*

(2) *Brit. and Foreighn. Med. Rev.*, 1858.

(3) *Ohio Med.*, etc., vol. XII, n° 2, 1859. HAMILTON'S *Rep.*

(4) NEGRONI, *loc. cit.*, *Stat*, omise par J. CLAY.

(5) et (6) HAMILTON'S *Rep.*, *loc. cit.*

(7) et (8) SCANZONI'S *Beitr.*, *u. z. w.*, s. 40.

(9) *Lancet*, 5 fév. 1859, p. 142.

(10) *Ohio med. und surg. J.*, nov. 1859. — NEGRONI, *loc. cit.*, p. 12. — O. V. FRANQUE. *Med. chir. Monatschr. u. z. w.*, 1860, t. II, p. 251. — *Med. T. and Gaz.*, 1860, p. 508.

5°) Causes de la mort dans 14 cas : pneumonie . . . . 1.
gangrène . . . . 2.
congestion du cerveau 1.
inanition . . . . 2.
hémorrhagie . . . 3.
péritonite . . . . 4.

6°) 13 fois l'opération ne fut pas achevée : 7 moururent dans les 45 jours.
1 mourut 1 an après.
1 fut guérie.

7°) 37 fois l'opération fut complète : 16 moururent de l'opération.
21 fois il y eut guérison.

3 fois le ventre fut ouvert et l'opération abandonnée à cause des adhérences : les trois malades guérirent.

8°) La grosseur des tumeurs fut en moyenne de 32 à 34 livres.

Sur 43 tumeurs il y avait 32 kystes en grande partie multiloc., 6 fibreux.

2 fois la tumeur provenait de l'épiploon.

2 fois de l'utérus.

1 fois il y avait grossesse de la trompe.

9°) En résumé, 24 opérées survécurent à l'opération et 27 en moururent.

b) *Statistique de Bradford* (1).

B) *Bilan de l'année.* Angleterre. Sp. Wells pratique 11 ovariotomies : 6 guérisons, 5 morts, (1 tétanos au 9e jour) (2).

Baker-Brown opère 8 fois et en échoue 6 (3).

Ovariotomies de divers. *Succès.* Philip H. Harper, à Londres (4).

Insuccès. Fletcher, à Walsall (5), Cooper Forster, à Londres (6), (Guy's Hospital), Holt, à Londres (7), (Westminster Hospital), Borlase Childs, à

(1) Kentucky, 1859. — J. T. Bradford's *Report of cases occurring in Kentucky.*

(2) *Med. Times and Gaz*, 1859, vol. II, p. 605 ; 1860, t. II, p. 178. — *Dubl. quart J. of med. sc.*, nov. 1859. — *Arch. gén de méd.*, 1859, 5e série, t. XIV, p. 734.

(3) *Med. T. and Gaz.*, 1859, vol. I, p. 212. — *Brit. Med. J.*, 1859, jun. 4, may 28. — J. Clay's *Table* XX, cases 37 ; lxxxvi, cases 40, 41 ; lxxxviii, cases 42, 43.

(4) J. Clay's *Table* xliv, c. 132.

(5) *Ibid.*, c., c. 100.

(6) *Med. T. and Gaz.*, febr. 26, 1859, p, 211.

(7) *Lancet*, 1859, t. II, p. 461.

Londres (1), Hutchinson, à Londres (2), W. B. Page, à Carlisle (Cumberland Infirmary) (3), James Part, à Londres (4) et Terry, à Bradford (Yorkshire) (5).

Nous renseignerons ici (car les dates n'ont pas été produites) les 5 ovariotomies que Clay de Manchester dût abandonner à cause de l'étendue des adhérences : toutes ses opérées se rétablirent (6) : George Bullen, à Ipswich, échoue dans ces mêmes conditions (7).

Amérique. *Succès*. A. Evans (8), J. W. Hamilton (2 cas) (9), Ch. A. Pope (2 cas) (10) et ensuite : Crosby, Kimball, Mac Ruer et R. Nelson, dont les ovariotomies sont omises dans la statistique de J. Clay (11).

Insuccès. G. C. Blackman (12), J. J. Bradford (13), W. Buckner (14), Busch (15), E. L. Dudley (2 cas) (16), A. Dunlap (17), A. Evans (18), Mac Millen (19), C. A. Pope (2 cas) (20) et Ch. E. Buckingham (21), dont l'observation n'a pas été relevée par J. Clay.

Opérations abandonnées à cause des adhérences. Rétablissement des malades. John Farrell (22), R. D. Mussey (23) et Weber (24).

(1) *Med. T. aud Gaz.*, febr. 26, 1859, p. 212.
(2) J. CLAY's *Table*, CIV, c. 117.
(3) *Lancet*, octob. 1, 1859, t. II, p. 340. — *Med. T. and Gaz.*, I, 524.
(4) J. CLAY's *Table*, CXII, c. 146.
(5) *Med. T. and Gaz.*, june 11, 1859, t. I, p. 590.
(6) *Brit. Record of obstetr. Medic.*, p. 394.
(7) *Tables* de J. CLAY, cl., case 26.
(8) J. T. BRADFORD's *Rep.*,, etc., c. 15.
(9) *Ohio Med.*, etc., vol. XII, n° 1, 1859.
(10) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1855.
(11) NEGRONI, *loc. cit.* Statistique. — *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 22.
(12) HAMILTON's *Rep.*, *oper. cit.*
(13) BRADFORD's *Rep.*, case 6.
(14) HAMILTON's *Rep.*
(15) J. T. BRADFORD's *Rep.*, c. 4.
(16) BRADFORD's *Rep.*
(17) HAMILTON's *Rep.*
(18) BRADFORD's *Rep.*
(19) *Ibid.*, c. 18.
(20) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1855.
(21) NEGRONI, *loc. cit.* Statistique.
(22) HAMILTON's *Rep.*
(23) *Ibid.*
(24) *Ibid.*

Mort. George C. Blackman (1), R. L. Howard (2) et Weber (3).

Un opérateur inconnu perd son ovariotomisée au 7e jour et avait trouvé chez elle un cancer de l'épiploon (4).

France. Hergott et Michel échouent à Strasbourg (5) et le 28 février, Boinet perd son opérée à St-Germain (6).

Italie. Le 26 mars, Vanzetti opère à Padoue une malade de 28 ans, qui succombe au 21e jour de la péritonite diffuse (7).

Dans l'Inde, le 6 mars, ovariotomie suivie de succès à l'hôpital de Tandjaore, par Mootoosawmy-Moordelly-Monargoody (8).

48. 1860. Jules Worms écrit un travail remarquable en relatant le bilan des opérations pratiquées jusqu'à lui, mais en basant ses appréciations sur des observations faites avec soin et bien conduites : il conclut à l'adoption de l'opération (9).

John Clay publie sa célèbre statistique portant sur 537 observations et s'arrêtant au mois de février 1860 : 299 guérisons, 238 morts, soit 55,68 % de guérison.

Pour chaque cas il présente en forme de tableau tout ce qu'il y a d'intéressant : date de l'opération, nom de l'opérateur, âge de la malade, durée et progrès de la maladie, conditions de la malade avant l'opération, anesthésiques, mode d'administration et préparation employée, longueur de l'incision, adhérences, nature de la tumeur, procédé opératoire et acci-

(1) *Ohio med.*, etc., vol. XII, n° 2, 1859.

(2) HAMILTON's *Rep.*

(3) *Ibid.*

(4) *Ohio med.*, etc., vol. XII, n° 2, 1859.

(5) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1859, p. 31. — *Bulletin général de thér.* 1858, p. 55. SCHMIDT's *Jahrb.*, Bd 102, n° 6, 1859, s. 304.

(6) *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 571. — Société de chirurgie, séance du 28 nov. 1861. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chir.*, 1861, p. 787. — BOINET. *Mal. des ovaires, statistique française*, p. 314.

(7) *Ippocratico*, anno XXXII, 1869, 15 apr., n° 7, série III, vol. XV, p. 320.

(8) *Med. T. and Gaz*, 1861, t. I, p. 450. — KOEBERLÉ. *De l'ovariotomie*, p. 34. — *Statistique de* NEGRONI, *loc. cit.*

(9) *Gazette hebdom. de méd. et de chir*, 1860.

dents pendant l'opération, pédicule laissé dans l'intérieur de la cavité abdominale ou retenu en dehors, méthode de réunion de la plaie, sutures comprenant le péritoine ou non, symptômes de réaction, durée de la convalescence et du traitement, état consécutif, source d'information.

Dans un 1er tableau sont compris les cas dans lesquels un ou les deux ovaires ont été extirpés et les malades guéris : 212 cas : 53,67 %.

Dans le 2d tableau sont classés les cas d'extirpation d'un ou de deux ovaires, mais dont les malades sont mortes à la suite de l'opération : 183 cas.

Dans le 3e tableau sont compris les cas où les kystes ne furent excisés que partiellement : 24 cas dont 10 guérisons, 14 morts.

Dans le 4e tableau sont donnés les détails des cas où l'ovariotomie a été tentée et qui sont divisés dans les sections suivantes :

A. Extirpation des tumeurs extra-ovariennes :

13 cas, 11 tumeurs utérines.
1 mésentérique et
1 supposée grossesse extra-utérine tubaire.

3 se sont rétablies de l'opération : 1 a vécu 9 ans.

1 autre est morte phthisique, 3 ans après.

La 3e est morte du choléra le 39e jour de l'opération.

10 sont mortes des suites de l'opération.

B. Sur 82 cas où l'opération fut abandonnée à cause des adhérences, 58 se sont rétablies et 24 sont mortes.

Des 58 guéries, 10 sont vivantes au moment du rapport et 2 sont devenues enceintes.

12	ont vécu	6 mois	après	l'opération.
5	»	1 an	»	»
4	»	2 ans	»	»
2	»	3 »	»	»
1	»	4 »	»	»
3	»	6 »	»	»

Il n'est pas parlé des 21 autres.

Des 24 cas malheureux, 6 sont mortes de péritonite.
3 sont mortes d'épuisement.
1 est morte d'ouverture d'abcès hépatique.
3 sont mortes de gangrène partielle du kyste.

La cause de la mort n'est pas renseignée pour les 11 autres cas.

C. Cas abandonnés parce que la tumeur était extra-ovarienne, 23 cas : 16 guérisons, 3 morts, 4 dont le sort est inconnu.

Des 16 guéries, 2 ont vécu 6 mois.
1 a » 2 ans.
1 a » 4 »
1 a » 25 »
3 vivaient encore au moment du rapport.

Il n'est pas fait mention des 8 autres.

Des 3 morts 2 sont arrivées par épuis. ; 1 de péritonite et de gangrène.

Nature des tumeurs : 12 utérines.
1 splénique.
2 épiploïques.
1 grossesse tubaire.
1 obésité, etc.
2 résultant de péritonite chronique.
1 mésentérique.
2 fois la tumeur ne fut pas découverte.
1 fois la tumeur n'est pas indiquée (1).

D'après la statistique de J. Clay, il y aurait eu ;

En Amérique	113 cas,	dont 64 succès	(56.63 %) :	49 morts;	exactitude non garantie.
» Allemagne	51 »	» 13 »	(25.49)	38 »	
» Grande-Bret.	222 »	» 127 »	(57.20)	95 »	
» pays incon.	9 »	8 »			
	395	212		183	

(1) *Chapters on diseases of the ovaries translated from* Kiwisch's *Clinical Lectures with an appendix on the operation of ovariotomy*. Lond., 1860. Churchill. Voir pour plus de détails : *Mal. des ovaires de* Boinet, p. 346. — Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 78. — Negroni, *loc. cit.*

Bilan. Angleterre. Spencer Wells opère 6 fois : 4 guérisons, 2 morts.

A cette date donc il compte 21 opérations, 13 guérisons, 8 morts ou seulement 7 à la rigueur (1).

Fréderic Bird (2) jusqu'en 1860 a réussi 8 fois sur 12 pour des extirpations complètes de tumeurs ovariques (2 sur 3).

1 extirpation partielle : guérison.

18 tentatives d'opération interrompue : 13 guérisons, 2 morts, 3 dont le sort est inconnu : ce sont ces 18 tentatives que Bird renseigne comme incisions exploratrices (3).

D'après une communication verbale faite au docteur Gurlt (4), Ch. Clay, de Manchester, aurait opéré jusqu'au milieu de septembre 1860, 98 fois : 68 guérisons, 30 morts.

G. Ridsdale accouche au huitième mois de sa grossesse, une femme âgée de 43 ans, qui avait été ovariotomisée treize mois auparavant : l'enfant était vivant (5).

Erichsen (6), Curling (7) Ellis Jones (8), Bryant (9), Nunn (10), perdent leurs opérées; Lloyd Roberts (11) et Turner (12) les guérissent.

(1) Pour ces relevés de la pratique de SPENCER WELLS par année, les indications du *Bulletin général de thérapeutique*, 15 avril 1865, t. LXVIII, p. 326 reproduites in *Journ. de médecine et de chir. de la Soc. des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, vol. XL, p. 554, sont souvent erronées : nous avons préféré nous en rapporter à la liste de JOTTRAND (*loc. cit.*), à celle de GURLT. *Verhandl. der Gesellsch. für Geburtsk* in Berlin, 1863, Hft 15, s. 132, et en dernière analyse au *The med. T. and Gaz.* — Voir aussi J. WORMS, *loc. cit.*, p. 9.

(2) CHURCHILL, *loc. cit.*, p. 635. *The Lancet*, 1860, t. II, p. 592

(3) KUMAR, *loc. cit.*, p. 186 et p. 187.

(4) *Verhandl. der Gesellsch. u. z. w.*, 1863, Hft 15, s. 120. La statistique de J. CLAY en renseigne 105, 94 complètes, 65 guérisons, 29 morts; une extirpation incomplète suivie de guérison, 2 morts pour enlèvement de tumeurs extrà-ovariques et 6 tentatives abandonnées pour adhérences : 7 guérisons 1 mort.

(5) *Lancet*, déc. 15, 1860.

(6) *Med. T. and Gaz.*, 1861, t. I, p. 143. — *Lancet*, 1861, t. I, p. 31.

(7) *Med. T. and Gaz.*, 1860, t. I, p. 219. — *Lancet*, *ibid.*, 36.

(8) *Med. T. and Gaz.*, 1860, t. II, p. 8.

(9) *M. T. and Gaz.*, 1861, t. I, p. 144.

(10) *Ibid.*, p. 143.

(11) *Pseudo colloïd ovarian tum., weighing* 28 *ths, in which the operation of ovariotom. was performed successf., with remarks.* — *Dubl. quart J.*, feb. 1861, vol. 31, p. 43.

(12) *Lancet*, 1860, vol. II, p. 585. *Med. T. and Gaz.*, décembre 15, 1860.

Donc 7 ovariotomies, 2 guérisons, 5 morts.

Baker-Brown opère 3 fois à l'hôpital : 2 guérisons, 1 mort (péritonite) (1).

Tyler Smith : 3 ovariotomies : 3 guérisons (2).

Amérique. 4 ovariotomies, 3 guérisons (Byford, Miller, R. Henwood) (3).

Italie. Vanzetti échoue à Vérone : péritonite au huitième jour (4).

Allemagne. Langenbeck éprouve un échec.

Thiersch, professeur à Erlangen, d'après les renseignements donnés à Jules Worms (5) aurait opéré 3 fois en peu de temps, dont 1 fois avec succès : la terminaison des 2 autres cas n'a pas été renseignée.

Otto von Franque *publie une statistique* comprenant 26 ovariotomies pratiquées dans les dix-huit derniers mois à Londres (6). 11 morts des suites de l'opération, 14 guérisons, 1 opération abandonnée à cause des adhérences : la malade mourut quatre mois après de péritonite. Le clamp fut toujours appliqué.

49. **1861**. France. Nélaton va à Londres et revient donner ses leçons cliniques (7).

Adolphe Richard échoue en avril aux environs de Troyes (8).

Angleterre. *Statistique de* Spencer Wells. Au 25 mai 1861 il a pratiqué 24 ovariotomies : 16 guérisons : 9 à l'hôpital, 7 dans la pratique privée. 8 morts : 5 à l'hôpital, 3 dans la pratique privée (9).

Il pratique dans l'année 11 ovariotomies : 6 guérisons, 5 morts.

Baker-Brown opère 8 fois à l'hôpital : 7 guérisons, 1 mort (péritonite) (10).

(1) *Lancet*, 1861, t. I, p. 343.

(2) *Med. T. and Gaz.*, 1861, t. I, p. 184. — *Lancet*, 1861, t. I, p. 166.

(3) NEGRONI, *loc. cit.* Statistique.

(4) *Gaz. des hôp.* 1868, p. 23.

(5) *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 804, note. — Voir aussi *Verhandl. der Gesellsch. für Geburtsh.* 1863, 113 note.

(6) *Journal de Gynécologie de* SCANZONI, 1860, Bd 4, s. 211. — *Zusammenstell. von 26 meist. in Lond. ausgef. operat. zur Radicalheil von ovariengeschw.*

(7) 25 octobre 1861.

(8) *Gaz. hebdom.*, 1862, 405 et 675.

(9) *Med. and Gaz.*, 25 mai 1861.

(10) *Lancet*, 1861, t. I. p. 343. — *M. T. and Gaz.*, 1861, t. II, p. 516. — *Lancet*, 1861, t. II, p. 476 et 521.

Tyler Smith opère 5 fois à l'hôpital : 4 guérisons, 1 mort (péritonite) (1).

A cette époque Smith avait opéré 12 ovariotomies : 3 morts, 9 guérisons complètes : 1 grossesse ultérieure (2).

Sampson Gamgee, de Birmingham opère 2 fois : 1 mort, 1 guérison (3).

2 ovariotomies d'Hutchinson, 1 guérison, 1 mort (péritonite) (4).

Borlase Childs (5), Maunder (6), Williams (7), Grimsdale (8) Lying in Hosp. Liverpool P. Teale (9) et Manner (10) obtiennent des guérisons, tandis que Cooper Forster et Bryant (11), Curling (12), Hiks (13), perdent leurs opérées de péritonite.

Le bilan de l'Angleterre se règle donc par 38 ovariotomies, 25 guérisons, 13 morts.

Amérique : 3 guérisons : Bennet, Thompson (14), Miller (15).

Statistique de Sawyer pour la Californie (16) :

Sur 7 ovariotomies, 6 morts, 3 opérations demeurées inachevées, 3 erreurs de diagnostic : fongus hématode des reins, 2 tumeurs fibreuses de l'utérus.

Allemagne. *Statistique* d'Althaus (17), comprenant 36 cas d'ovariotomies pratiquées à Londres.

(1) *Med. T. and Gaz.*, 1861, t. I, p. 184 et t. II, pp. 49, 73. — *Lancet* 1861, t. I, p. 166 et t. II, p. 34.

(2) *Brit. med. J.*, n° 80, 12 juillet 1861.

(3) *M. T. and Gaz*, 1861, t. II, p, 617.

(4) *M. T. and Gaz.*, 1861, t. II, 31 et 455. — *Lancet*, 1861, t. II, p. 522.

(5) *M. T. and Gaz.*, 1861. t. II, p. 455. — *Lancet*, 1861, t. II, p. 521.

(6) *M. T. and Gaz.*, 1861, t. II, p. 455. — *Lancet*, 1861, t. II, p. 520.

(7) NEGRONI, *loc. cit.*, Statistique.

(8) *M. T. and Gaz.*, 1861, t. II, p. 454.

(9) *Med. T. and Gaz.*, 1862, t. I, p. 318.

(10) Ovar. du 16 septembre. *Med. T. and Gaz.*, 1861, n° 592. — *Med. chir. Monatschr.*, u. z. w., 1861, t. II, p. 525.

(11) *Med. T. and Gaz.*, 1861, t. II, p. 454.

(12) *Med. T. and Gaz.*, 1861, t. I, p. 363. — *Lancet*, 1861, t. II, p. 519.

(13) *Med. T. and Gaz.*, 1861, n° 592. — *Med. chir. Monatschr.*, u. z. w., 1861, t. II, p. 525. Mort de péritonite vingt-quatre heures après (9 juillet).

(14) NEGRONI, *loc. cit.* Statistique.

(15) LASKOWSKI, thèse citée. Statistique.

(16) *Amer. J. of the med. sc.*, 1861, p. 46.

(17) *Wiener Mediz. Wochensch.*, 1861, s. 292, 309.

G. F. Fisher réussit à Sing-Sing le 24 septembre (1).

50. 1862. Grande-Bretagne : 1° Statistique de Baker Brown *a*) 19 cas opérés dans l'hôpital de London Surgical Home jusqu'au 8 mars 1862 (2) :

	Cas heureux : 13.	Cas malheureux : 6.
Age :	18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 31, 46, 48, 56.	21, 30, 35, 46, 50, 55.
Nombre :	1 2 1 1 1 1 1 1 1 2 1.	1 1 1 1 1 1.
Donc :	8 avaient moins de 30 ans et 5 davantage	5 avaient 30 ans et plus.
Durée du kyste :	1 an, 2, 2 1/2, 4, 6.	2 à 10 ans.
Nombre :	6 4 1 1 1.	6
Etat-civil :	célibataires. — mariées.	mariées.
Nombre :	9 — 4 (2 avec enfants).	4 (3 avaient de 3 à 6 enfants : 1 un an avant l'opération et la maladie datant de 2 ans.)
Ponctions antérieures :	5 avaient subi de 1 à 3 ponctions,	4 avaient subi de 1 à 6 ponctions,
Santé :	très-bonne, passable, très-chancelante, habituellement mauvaise.	mauvaise ou passable. assez bonne, mais très-inquiétante.
	5 6 1 1	4 2

Incisions : ont varié de 3 à 7 pouces, 2 fois de l'ombilic au pubis (1 mort), 11 fois ne dépassant pas 5 pouces.

Nature de la tumeur : Polycystique ou multiloc. uniloc., multiloc., uniloc., pileux.

8	1	4	1	1

Volume dépassant généralement la moyenne pour tous les cas.

Adhérences : 1° Nulles ; 2° lég., fac. à déchir ; 3° nomb. et étend., mais fac. à dét. 4° très-fortes et résistantes.

	1°	2°	3°	4°
Nomb. de cas (heureux) :	4	1	4	2
(malheureux)	1	»	5	2.

Anesthésiques administrés dans tous les cas : interrompus chez deux malades. Deux fois chloroforme au début et éther à la fin.

Pédicule. Retenu hors l'abdomen, sauf dans 2 cas. *Compas* ou *Callipers*.

Causes de la mort.			
Péritonite	2 fois et mort en 2 jours		(obs. 8).
Shock	»	40 heures	(obs. 14).
Péritonite avec complication de maladie du foie ancienne	1 »	» 30 »	(obs. 2).
Maladie du foie ancienne	1 »	» 6 jours	(obs. 3).
Diarrhée	2 »	» 15 »	(obs. 18 ulcér. squir. du duod).
	»	» 8 »	(obs. 19, malad. du cœur).

(1) Statistique de NEGRONI, *loc. cit.*

(2) Société obstétricale de Londres, 8 mars 1862. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 206. — LABALBARY, *loc. cit.*, pp. 77 et 81.

b) A l'Hôpital Mary et dans sa pratique privée, B. Brown a opéré 19 autres ovariotomies sur lesquelles il compte 13 morts et 6 guérisons.

Donc 19 morts sur 38 cas.

c) Dans son ouvrage (1) il donne comme suit le bilan de ses 42 premières ovariotomies : 20 morts, 22 guérisons ; 22 à London Surg. Home : 7 décès.

Cas heureux.

Age :	18 à 25,	25 à 30,	30 à 35,	45 à 50.	Plus de 50.
	7	5	1	5	4

La plus jeune avait 18 ans, la plus âgée 57.
12 avaient moins de 30 ans et 9 avaient 45 et plus.

Nature du kyste :	simples	multiloculaires.
	2	20
Adhérences :	13	

Cas malheureux.

Age :	20 à 25,	25 à 30,	30 à 35,	35 à 40,	40 à 45	45 à 50.	Plus de 50.
	2	5	6	2	1	3	1

La plus jeune avait 21 ans la plus âgée 55.
7 avaient moins de 30 ans, et 4 avaient 45 et plus.

Nature du kyste :	simples	composés.
	1	19
Adhérences :	17	

Les adhérences manquaient pour tous les autres cas : une fois le kyste était uni à l'intestin grêle par une bride de 6 pouces d'étendue (cas 41), une large bride le rattachait au sacrum et à l'aponévrôse pelvienne : en même temps, il adhérait au sommet et aux faces latérales de l'utérus.

Chloroforme. Administré dans tous les cas.

Pour Baker-Brown, les 20 premiers cas ne doivent pas compter, ne sont que des essais. Il a eu sur ces premiers : 13 morts, 7 guérisons (2).

Décès des 22 cas de l'hôpital :

1er décès : (14e cas) : tumeur constituée par une véritable grossesse par inclusion, donc congénitale : péritonite à l'autopsie.

(1) *De l'hydropisie de l'ovaire, sa nature, son diagnostic, son traitement*, etc. Chap. VII. *Anal.* d'O. Max in *Journ. de méd. et de chir.*, etc., *de Bruxelles*, t. XL.

(2) Les opérations de B. Brown antérieures à sa reprise de la pratique de l'ovariotomie, sont consignées dans la statistique de J. Clay.

2e décès : (15e cas) : malade intempérante, ascite considérable (45 pintes), foie dégénéré, reins congestionnés.

3e décès : (27e cas) : tumeur colloïde, foie graisseux, pus dans les reins.

4e décès : (37e cas) : adhérences considérables, mort 48 heures après, péritonite légère, shock.

5e et 6e décès : (38e et 39e cas) : forte diarrhée : 38e : vaste abcès dans le petit bassin : 39e : exsudation sur les intestins et affection du cœur.

7e décès (40e cas) : péritonite générale avec épanchement purulent abondant; cœur flasque, ramolli; caillots fibrineux dans le ventricule gauche.

2° Dans cette même séance, de la Société obstétricale, Spencer Wells déclare avoir pratiqué :

a) 19 ovariotomies à Samaritan-Hospital : 11 guérisons, 8 morts.

b) 15 dans sa pratique privée : 8 guérisons, 7 morts.

Donc sur 34 cas, 19 guérisons, 15 morts.

Pour ses 20 premiers cas : 13 guérisons, 7 morts (1).

c) Du 8 mars au 11 nov., Sp. Wells opère 12 nouvelles ovariotomies : 10 guérisons, 2 morts. Total : 46 ovariotomies, 29 guérisons, 17 morts.

d) Au 20 décembre, son chiffre total est de 50 ovariotomies complètes : 33 guérisons, 17 morts (2).

e) Il communique sa statistique intégrale en y comprenant les opérations incomplètes omises jusqu'ici : 56 ovariotomies (3).

6 incomplètes : incision abdominale seule : 3 fois, 1 a guéri et été ponctionnée 2 fois après, 2 morts le 15e et le 8e jour.

Extirpation commencée et non achevée, 3 fois : guérison de l'opération après 3 semaines, 4 mois, 1 an et 7 ponctions. La première mourut de la rupture du kyste.

50 complètes : 33 guérisons, 17 morts, 34 %, 2 guérisons sur 3 malades (4).

(1) Société obstétricale de Londres. Séance du 8 mars 1862. — *Transact, of the obstetric. Soc. of London*, vol. III, p. 41. — *The Lancet*, 1862, t. I, p. 203.

(2) Spencer Wells. *Four cases of ovarian disease. M. T. and Gaz.* déc. 20, 1862. — *Ibid.*, march. 14 et 28. 1863 et *Lancet*, t. I, n° 26, 1863. *Hist. and progress of ovar. in Great Britain, with observ. founded on person. exper. of the operat. in fifty cases* (*Med. T.*, 20 déc., 1862).

(3) Voir *Bulletin général de thérapeutique*, 15 avril 1863. — Jottrand, *loc. cit.*, p. 320.

(4) *The Lancet*, t. II, 20 déc. 1862. — *Gazette hebdom.*, 1863, p. 17.

3° Dans la séance du 8 mars, Tyler Smith renseigne 10 ovariotomies qu'il a pratiquées par les procédés de Sp. Wells : 7 guérisons, 3 morts; et dans la séance du 11 novembre, 4 nouvelles opérations, ce qui porte son chiffre à 14. sur lesquelles 11 guérisons, 3 morts (1).

4° Hutchinson à cette époque avait fait 8 fois l'ovariotomie (2), 4 fois avec succès, 3 fois avec insuccès, la 8e a guéri d'après les renseignements ultérieurs (3).

5° *a*) Baker-Brown publie ses 11 dernières ovariotomies de Surgical-Home, ce qui avec les 19 publiées antérieurement (voir plus haut), donne un chiffre total de 30 pour lesquelles il compte 19 guérisons et 11 morts (4).

b) Au 4 décembre ce chiffre était d'après Negroni de 32 : 12 morts et 20 guérisons (5).

6° ***Diverses ovariotomies de l'année***. Breck, J. Clay, Fletcher, Hutchinson (3 opérations) (6), Long, Dewes (7), de Morgan (8), Stutter (9) et Bryant (10), guérissent leurs malades mais Bickersteth, W. Coulson, Gordon, Grimsdale (2 opérations), Mitchell Henry, Hulcke, Hutchinson, Kidd, Pollock (11), Skey, Thom. Keith (12) et Teale perdent les leurs.

Bilan de l'Angleterre (à l'exclusion des statistiques données plus haut) : 24 ovariotomies, 11 guérisons, 13 morts.

(1) *Transact. of the obstetr Society*, t. III, p. 41. Lond., 1862. — *The med. T. and Gaz.*, t. II, p. 45, 1862.

(2) *Med. T. and Gaz.*, 20 déc. 1862.

(3) *Lancet*, march 28, 1863.

(4) *The Lancet*, t. II, p. 674, 1862. — *Gaz. hebdom.* 1863, p. 30.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Brit. med. J.*, march 1863. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1863, t. LXV, p. 86.

(7) 1er avril 1862. *Med. T. and Gaz.*, n° 621, 14 janv. 1863.

(8) Pour cette ovariotomie et toutes celles dont la source bibliographique n'est pas désignée : voir Negroni, *loc. cit.* Statistique, *The med. Times* et *The Lancet* du 20 déc. 1862.

(9) *Med. T. and Gaz.*, 20 déc. 1862.

(10) *Ibid.*

(11) *Edinb. Med. J.*, déc. 1862.

(12) L'opérée de Pollock était enceinte : l'utérus pris pour une nouvelle poche fut ponctionné : l'avortement eut lieu le soir (28 août). — *Dubl. med. Press*, 24 septembre 1862. — *Gaz. hebdom*, 1862, p. 700. — Herrera-vegas, *loc. cit.*, p. 138.

France. Demarquay échoue en février (péritonite au 4e jour) (1) et perd une seconde malade 24 heures après l'opération, en juillet (2).

Nélaton perd sa première opérée du tétanos au 21e jour (opérée en juin) (3) et réussit en juillet pour un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche à liquide visqueux, compliqué d'ascite, mais sans adhérences (4).

Parisse échoue à Lille le 4 août (5), Richard à Bellevue et à Reuil (6), Maisonneuve à l'Hôtel-Dieu de Paris (7) et Sédillot à Strasbourg (8).

Desgranges réussit à Lyon le 10 septembre 1862 (9) et Boinet à Bellevue (10).

Kœberlé inaugure ses ovariotomies (2 juin) : il pratique 4 ovariotomies dans l'année, 4 guérisons (11).

Bilan de la France. 15 ovariotomies, 7 guérisons, 8 insuccès.

Allemagne. *Statistique de Gurlt* portant sur les ovariotomies publiées en Angleterre de 1858 à 1861 (12).

Extirpations totales. . . .	75	45	guérisons	30	morts.
Extirpation des deux ovaires	2	1	»	1	»
Complication d'ascite . . .	13	9	»	4	»
Tumeurs uniloculaires simples	10	6	»	4	»

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1862, p. 529. — *Bulletin général de thérap.*, 1862, t. LXII, p. 132.

(2) Statistique Laskowski, n° 33, *loc. cit.*

(3) N° 34, *ibid.* — *Bulletin de l'Académie impériale de médecine de Paris*, 1862. — Boinet. *Malad. des ovaires.* Statistique, pp. 326, 327.

(4) Statistique citée. — *Gaz. des hôpitaux*, 21 août 1862.

(5) *Gazette hebdomadaire*, 26 septembre 1862.

(6) et (7) Statistique Boinet, *loc. cit.*

(8) Pingaud. Des indications et contr'indications de l'ovariotomie. Thèse. Strasbourg. 1863.

(9) *Mémoire de* Desgranges, cité, p. 21. *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 519. — Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche ; or, cette même malade en 1869 entre à la Charité dans le service de Gosselin, qui diagnostiqua chez elle un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche : elle avait consulté Desgranges en 1867 et ce chirurgien lui avait pratiqué une ponction. Il y avait donc récidive du mal dans l'organe enlevé en 1862 par le chirurgien de Lyon ! (Gosselin *Leç. clin. sur quelques particularités remarquables que nous offrent certains kystes de l'ovaire.*) — (*Union médicale*, 1869, p. 565).

(10) Statistique Boinet. — *Gazette hebdomadaire*, 1862.

(11) *Opérations d'ovariotomies*, *op. cit.*

(12) *Verhandl. der Gesellsch. für Geburtsk. in Berlin*, 1863, s. 143. Sitz. mai 13, 1862. — *Monatschr. für Geburtsk.*, aug. 1862.

Tumeurs composées en majorité multiloculaires, en partie fibreuses	57	34	guérisons	23	morts.
Tumeurs mal déterminées. .	8	5	»	3	»
Adhérences nulles . . , .	17	14	»	3	»
»	49	29	»	20	»
» non renseignées .	9	2	»	7	»

Comme on le voit cette statistique est presque aussi désespérante que celle de G. Simon.

Neudörfer, de Prague perd son opérée de péritonite (1).

Amérique. Peaslee obtient un succès.

Hollande. *Statistique de Messchaert* (2). 510 cas, 225 morts, 285 guérisons : 56 °/₀ de succès.

59 °/₀ de succès chez les femmes mariées.

56 °/₀ » » » non mariées.

Pédicule rentré dans le ventre : 147 cas, 98 guérisons, 49 morts, succès, 66 °/₀.

Pédicule fixé hors du ventre par des ligatures : 40 cas, 23 guérisons, 17 morts, succès 57 °/₀.

Pédicule fixé hors du ventre par le clamp : 80 cas, 47 guérisons, 33 morts, succès 58 °/₀.

Russie. Le professeur Krassowski, de St-Pétersbourg, débute par un succès (3).

51. 1863. Angleterre. 1° Le 24 février, nouvelle discussion à la Société de médecine et de chirurgie de Londres (4). Rob. Lee reproduit ses accusations et ses injures (5).

Baker-Brown y répond par le bilan de ses opérations (6).

(1) Kumar, *loc. cit.*, p. 223.

(2) *Iets over ovariotomie.* Utrecht, 1863

(3) *Gaz. hebdom.*, 1868, p. 784. — *St Petersb. med. Zeitschr.*, Bd 4, Heft 4, 1863. — Krassowski. *De l'ovariot.*

(4) *Med. T. and Gaz.*, march 7, 1863.

(5) Voir *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 801.

(6) B. Brown. *On ovariot., the mode of its performance, and the results obtained at the Lond. Surg. Home. — Obstetr. Trans.*, IV, p. 59.

53 ovariotomies, 24 morts, 29 guérisons.

Sur les 31 derniers cas, 10 morts seulement (in London Surg. Home).

Sur les 15 » » 4 » » .

2° Tyler Smith accuse 15 ovariotomies et 3 morts seulement.

Il en pratique 2 nouvelles dans l'année, 2 guérisons : donc 17 ovariotomies et 14 guérisons (1).

3° Lane, sur 10 opérations terminées de 1843 à 1863, a obtenu 8 guérisons et a perdu 2 malades (4 guérisons sur 5 cas) mais ses opérations inachevées sont nombreuses (2).

4° Jusqu'au mois d'août 1863, Clay, de Manchester, a pratiqué 105 fois l'ovariotomie simple ou double, 73 guérisons (3).

Des 32 morts 10 arrivèrent immédiatement après l'opération.
10 par péritonite.
10 par épuisement.
2 par hémorrhagie.

Des 14 premières opérations pratiquées sans l'aide de chloroforme, il y eut 9 succès.

En septembre le chiffre d'opérations de Clay s'élève à 109 : 35 morts, 74 guérisons (2 guérisons sur 3 opérations complètement terminées).

Sur les 46 premiers cas, 11 opérations inachevées (4).

Sur 35 opérations terminées, 24 guérisons, 11 morts.

5° Thomas Keith pratique dans l'année 9 ovariotomies et ne perd que 3 opérées (5).

6° Au 20 avril, Sp. Wells comptait 63 ovariotomies : 19 morts, 30 % (6).

En septembre, il en compte 70 : 48 guérisons et 22 morts (7).

(1) Courty. *Mal. de l'utér.*, p. 932. — *Obstetr. Trans.*, IV, p. 41. Lond., 1862.

(2) Koeberlé. *De l'ovariotomie*. Statistique, p. 39.

(3) In Churchill, *loc. cit.*, p. 634. — *Brit. med. J.*, apr. 18, 1863 : *Observat on ovariot.*, etc., *Statistical and Practical; also a success f. case of exstirp. of both uter. and ovar.*

(4) *Med. chir. Transact.*, t. XXXIV, p. 19. — Voir aussi *Brit. med. J.*, n° 120, march 16, 1863, et *Med. chir. Monatschr.* u. z. w., 1863, t. I, p. 554.

(5) In Churchill, *loc. cit.*, p. 634.

(6) Jottrand, *loc. cit.*

(7) *Excursion chir. en Angleterre*, etc., 1863, p. 30.

Il en pratique 31 en tout dans l'année : 16 guérisons, 15 morts (1).

7° *Ovariotomies de divers* : *Succès* : Bryant (cinq), Fergusson (2), J. Simon (3), J. Y. Simpson, Priestley (4), Williams (5), Black (6).

Insuccès. Bryant (trois), Fovell, Cooper Forster (deux), Tim. Holmes, Hulme, Lyon, H. Smith (7), Soden, Priestley (8).

Bilan de ces ovariotomies : 23 ; 11 guérisons, 12 morts.

France. 1° Le professeur Courty, de Montpellier, se rend en Angleterre (juillet) pour se rendre compte de l'état de la question, et publie ses impressions dans un travail remarquable (9).

2° Kœberlé pratique 5 ovariotomies : 2 guérisons, 3 morts (10).

Ovariotomies de divers : Insuccès. Nélaton (2 en janvier) (11), Cusco (12) à Paris, Richard, à Romainville (13), Demarquay, à la campagne (14), Huguier (15) et Boinet (16), à Bellevue, Gosselin, à Vitry-sur Seine (17), Valette, à Lyon (18), Landouzy (19) et Lutton (20) à Reims. *Succès*. — Daviers, à Angers (21), Regnault, à Rennes (22), Lacroix, à Béziers (23).

(1) *Bullet. gén. de thérap. loc. cit.*

(2) *Med. T. and Gaz.*, march. 14, 1863.

(3) Negroni, *loc. cit.*

(4) *Multilocul. ovar. tum. of two years duration. — Ovariot. — Recovery. — Case of ovariot. — Death. — Autopsy* (*Lancet*, octob. 17, 1863).

(5) *Ovarian Dropsy. — Ovariotom. — Recov.* (*Lancet*, octob. 17, 1863).

(6) *The Lancet*: july 1863.

(7) *Lancet*, août 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 662.

(8) *Multilocul. ovar. tum. of two years duration. — Ovariot. — Recovery. — Case of ovariot. — Death. — Autopsy* (*Lancet*, octob. 17, 1863).

(9) Lettres à M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Excursion chirurgicale en Angleterre. — *De l'ovariotomie et de quelques autres opérations praticables chez la femme*. Montpellier, 1864. — *Gazette hebdom.*, 1863, p. 516.

(10) *De l'ovariotomie*, etc.

(11) Statistique Boinet.

(12) (13) et (14) *Ibid.*

(15) *Ibid.* et *Bullet. de l'Acad. imp. de méd.*, t. XXVIII, p. 816.

(16) et (17) Statistique Boinet.

(18) *Gazette des hôpitaux* 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 84.

(19) et (20) Boinet, *loc. cit.*, p. 317.

(21) *Ibid.* L'opération fut faite dans un petit village de Maine et Loire avec le concours du professeur Nélaton : les habitants, par reconnaissance, donnèrent les noms des deux chirurgiens aux deux seules rues que possède la localité (*J. de méd. et de chir. prat.*, 1871, p. 192).

(22) *Gazette des hôpitaux*, n° 120, 1863. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit, 19 ans.

(23) *Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1863. — *Bullet. gén. de thér*, 1864, t. LXVI, p. 175.

Bilan pour la France. 19 ovariotomies : 14 morts, 5 guérisons.

Allemagne. Stilling opère pour la 3ᵉ fois (voyez 1837 et 1848) et obtient un second succès (1).

Breslau perd son opérée en 24 heures (2).

Suisse. De Montet sauve son opérée à Vevey (3), le 8 décembre 1863.

Amérique. Peaslee en septembre 1863, opère à New-Yorck sa 3ᵉ ovariotomie double sur une femme de 39 ans, et la guérit (4).

Espagne. Le 6 novembre, Rubio échoue à Séville (5).

Portugal. *Statistique de Barbosa de Lisbonne* (6). Jusqu'en 1863, il trouve 742 opérations :

585 extirpations complètes : 330 guérisons, 255 morts.

27 opérations incomplètes : 14 guérisons, 7 morts.

87 opérations non achevées : 61 guérisons temporaires, 26 morts.

2 extractions de tumeurs extra-ovariques : 7 guérisons, 13 morts.

33 opérations abandonnées pour erreur de diagnostic : 16 guérisons, 17 morts.

Soit, en ne tenant pas compte des 87 opérations non achevées : sur 669 cas, 312 morts et 357 guérisons (53 °/₀).

52. 1864. Angleterre. 1° *a*) Spencer Wells opère 30 fois : 22 guérisons, 8 morts (7).

b) Au mois d'avril, son chiffre était de 91 ovariotomies : 61 guérisons; soit pour les 21 dernières opérations, 13 guérisons et 8 morts (8).

c) Le relevé fait à cette époque des ovariotomies de Sp. Wells, accuse 112 ovariotomies : 42 morts, 70 guérisons.

Le pédicule fut réduit dans l'abdomen 7 fois : 4 morts.

(1) Dʳ A. GÖSCHEN's *Deutscher Klinik* 1863, nº 34, 35. — STILLING. *Die extraperiton. methode*, u. z. w., s. 70.

(2) *Monatschr. f. Geburtsk.*, apr. 1863.

(3) *Gaz. hebdom.*, 1864, p. 169. — *Bullet. gén. de thérap.*, t. LXVIII, p. 377.

(4) HUY's *Amer. J. of med.*, july, 1863.

(5) Statistique de NEGRONI.

(6) *Nota sobre a ovariotomie*. Lisboa.

(7) Statistique JOTTRAND, *loc. cit.*

(8) HERRERA-VEGAS, *loc. cit.*, p. 83.

3 fois la mort survint par l'opération elle-même.

8 » » dans un délai dépassant de 4 mois l'opération.

3 » » dans les 15 jours (1).

d) Si l'on consulte son ouvrage (2), on y trouve que du 19 février 1858 au 30 novembre 1864, il a pratiqué 114 ovariatomies complètes : 38 morts, 76 guérisons : de celles-ci :

1 mort 2 ans plus tard par hémiplégie.

3 de cancer abdominal 10 mois, 4 mois et 6 semaines après l'opération.

72 se portent bien : chez l'une on soupçonne une affection de l'ovaire resté.

5 ont eu des enfants.

10 fois (en dehors des 114 opérations précédentes) l'opération ne fut pas complétée :

1 fois la tumeur ne fut enlevée que partiellement.

1 ovariotomie fut faite pour la seconde fois chez la même femme : mort.

3 incisions exploratrices furent pratiquées dans des cas de kystes jugés inopérables : 3 guérisons.

3 incisions furent faites avec ponction : 2 guérisons, 1 mort.

1 ovariotomie partielle : mort.

2 extirpations partielles de la matrice et des ovaires : 2 morts.

1 incision avec séparation partielle d'un kyste : mort.

—

11 5 guérisons, 6 morts.

2° Tyler Smith, de 1860 à 1864, a pratiqué 21 ovariotomies : 16 guérisons, 5 morts (3).

3° Gamgee opère 5 fois (1 fois à Paris et mort) : 3 morts, 2 guérisons (4).

4° Baker-Brown, en avril, compte 64 opérations et 34 guérisons (5).

(1) *Bullet. gén. de thérap.*, 15 avril 1865. — *Journal de médecine et de chirurgie de la Soc.* etc. *de Bruxelles*, vol. XL, p. 551.

(2) *Diseases of the ovaries, their diagn. and Treatm.*, in two vol. — CHURCHILL, and Sons. London, 1865, vol. I, pp. 318, 355. — *Gaz. hebdom.*, 1865, p. 88 (J. WORMS).

(3) COURTY. *Mal. de l'utér.*, 952. — HERRERA-VEGAS, *loc. cit.* — KOEBERLÉ, *loc. cit.*, p. 40. — *Lancet*, april. 16, 1864. (*Eight additional cases of ovariotomy.*)

(4) *Brit. med. J.* Juny 11, 1864.

(5) In CHURCHILL, *loc. cit.*, p. 634.

5° Ch. Clay de Manchester, de février 1860 à décembre 1864, compte 19 opérations : 13 guérisons, 6 morts.

De 1842 à 1864, 111 ovariotomies : 77 guérisons, 34 morts (à peu près 75 p. c. de guérisons) (1).

6° Bryant compte 10 opérations : 6 succès (2).

7° Keith opère sa 21e ovariotomie (3).

7° Ovariotomies diverses. *Succès :* Fourneaux Jordan (4), Henry Marshall (5), Thom. Nanneley (6), Simpson (7), Walsh (8).

Insuccès : Clarke Michel (9) et George Buchanan (10).

Bilan : 7 ovariotomies : 5 guérisons, 2 morts.

8° *Statistique de Walsh* (11) : renseigne 251 succès sur 454 ovariatomies anglaises, et 179 succès sur 300 ovariotomies américaines.

France : 1° Kœberlé, de juin 1862 à mai 1864, a pratiqué 12 fois l'ovariotomie (en 2 ans) : 9 guérisons, 3 morts, 75 p. c.

Ovariotomies doubles, 5. — Enlèvement de quelques vésicules de De Graaf de l'ovaire opposé, 3. — Extirpation simple d'un seul ovaire, 4. — Extirpation des ovaires et de la matrice, 1 (guérison).

A cette époque, 7 ovariotomies avaient été pratiquées à Strasbourg par d'autres chirurgiens, 7 morts (12).

2° Divers. *Succès :* Serre, à Alais (13), Boinet, à Saint-Gratien (14), Berrut, à Marseille (15), Péan, à Paris (16).

(1) Laskowski. Thèse citée, p. 69.

(2) *On some cases of ovariol. Lancet*, march 26, and *Brit. med. J.*, march 26, 1864.

(3) *Edinb. med. J.* Déc. 1864.

(4) et (5) *Brit. med. J.*, Juni 11, 1864.

(6) *Ibid.*, march 26.

(7) *Edinb. med. J.*, march 1864.

(8) *Dublin quarterl. J.*, feb. 1864,

(9) *Brit. med. J.*, Juni 11, 1864.

(10) et (11) *Edinb. med. J.*, aug. 1864.

(12) *Académie des sciences*, 17 août 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 1864. p. 586.

(13) *Mém. de la Société de chirurgie*, 1864. — *Acad. des sciences*, séance du 18 janvier 1864. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1864, t. LXVI, p. 138.

(14) Statistique Boinet.

(15) *Mém. de la Société de chirurgie*, 1864. — *Union médicale*, 1864, p. 331.

(16) J. Péan. *L'ovariotomie peut elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès?* Paris, 1867, p. 5, deuxième édition, p. 27.

Insuccès : Boinet, à Montsauche (campagne) (1), Demarquay, à Batignolles (2), Maisonneuve, à l'Hôtel-Dieu de Paris (3). Desgranges, à Lyon (4).

Bilan : 8 ovariotomies : 4 morts, 4 guérisons.

Allemagne. 1°. 3e, 4e et 5e succès de Stilling (sept., nov. et déc.) (5).

Le professeur Nusbaum, de Munich, opère avec succès un kyste multiloculaire très-adhérent chez une femme de 48 ans, le 18 octobre (6).

Succès du docteur Winckel, à Rostok (7).

Id. de Théod. Von Dusch (8).

Schüh perd sa malade de péritonite (9).

2° *Statistique d'Eug. Dutoit.* De 1781 à fin d'octobre 1863 : 742 cas (10).

3° Ovariotomie pratiquée avec succès par Burns, à Tubingen (11).

Amérique. *Statistique de Washington Atlee* (12).

179 cas, 120 guérisons, 59 morts.

Grande incision . .	133	guérisons : 87	morts : 46	prop. : 1 pour 2.4	1/46 ou 50.51	°/°
Petite incision . .	28	guérisons : 20	morts : 8	prop. : 1 pour 3.	1/2 ou 40	»
Long. de l'incis. inc.	18	guérisons : 13	morts : 5	prop. : 1 pour 3.	3/5 ou 38.25	»
	179	120	59	1 3.	2/59 ou 32.96	»

De ces 179 ovariotomies : *a*) 34 ou 18.94 p. c. ne furent pas terminées.

Grande incision . .	19	guérisons : 14	morts : 4	prop. : 1 pour 3.	3/4 ou 38	°/°
Petite incision. . .	8	guérisons : 4	morts : 4	prop. : 1 pour 2.	3/4 ou 50	»
Long. de l'inc. inc.	7	guérisons : 6	morts : 1	prop. : 1 pour 7.	3/4 ou 14.28	»
	34	24	10	1 3.	2/5 ou 29.70	»

(1) *Leç. de clin. chir. profess. à Lyon. Ovariotomies*, etc., par le docteur Christot, p. 21.

(2) et (3) Statistique Boinet, p. 328.

(4) *Gazette des hôpitaux*, n° 80, 1864 (mort de péritonite).

(5) Docteur A. Göschen's. *Deutsch. klin.* 1865, n° 1. — Stilling. *Die extràperiton. meth.* p. 129. — Docteur B. Schuchardt's. *Hannoverscher Zeitschr. für pract. Heilk.*, 1865, 1 Heft.

(6) *Bayr. Arztl. Correspond.*, Bl., 1864, n° 50. — *Eine multiloc. im ganzen Unfange Verwachsene Eierstocks.*

(7) *Antrittsprogramm.* — Rostock, 1864.

(8) *Zur ovariot. — Archiv. d. Ver. f. wiss. Heilkunde*, n° 2, 1864.

(9) Kumar, *loc. cit.*, p. 223.

(10) *Die orariotomie in Engl., Deutschl, und Frankreich.* Würzbourg, 1864.

(11) Schmidt. *Eine orariotomie mit dem Ausgang in volständige Heil. — Deutsch. Klin.*, n° 46, u. 48, 49 ; 1864.

(12) In Churchill. *Diseases of the Women*, p. 526, 1864.

b) 6 fois on ne trouva pas de tumeur :

Grande incision .	5	guérisons,	3	morts,	2
Petite incision .	1	»	1	»	»
	6		4		2 prop. 1 sur 3 ou 33.3 °/₀

c) 17 fois d'autres maladies graves coëxistaient :

Grande incision.	14	La mort est survenue dans 12 cas ; 4 malades chez lesquelles l'opération fut laissée inachevée, se sont toutes rétablies.
Petite incision	2	
Longueur de l'incision inconnue	1	

Adhérences. . . .	62	guérisons : 36	morts : 26	prop. 1 sur 2 5/13 ou 51.90 °/₀.
Pas d'adhérences.	41	guérisons : 29	morts : 12	1 » 3.5/12 ou 29.27 »
Non mentionnées.	76	guérisons : 53	morts : 23	1 » 3.7/23 ou 30.26 »

Causes de la mort :	Hémorrhagie	12
	Péritonite	12
	Prostration ou épuisement	5
	Impression morale de l'opération.	2
	Inflam. de la muqueuse du gros intestin, gangrène, pneumonie, etc.	9
	Causes non données	21
		59

Époque de la mort :	Dans les premières vingt-quatre heures	9
	» » quarante-huit heures	9
	Du deuxième au septième jour.	14
Le temps moyen est de 8 jours.	Du septième au quinzième jour	4
	Le dix-septième »	1
	En trois semaines.	1
	» six »	2
	Le septantième jour	1
	Époque non mentionnée.	18
		59

« Des 17 cas compliqués, ajoute Atlee, 7 étaient évidemment impropres pour l'opération et 4 auraient dû rester non terminés après l'incision.

En rejetant les 7 premiers cas, cela nous laisse 172 opérations légitimes, et en considérant les 4 autres selon la mortalité de cette espèce d'opération, nous aurions :

123 guérisons et 49 morts ou 1 sur 3 25/49 ou 28,48 °/₀.

En considérant comme guéris le cas où la mort survint au 70e jour, celui où elle arriva après six semaines et enfin un cas où une chute pendant la convalescence la détermina, il nous resterait :

127 guérisons et 45 morts : 1 pour 3 37/45 ou 26, 16 °/o.

A l'époque de ma statistique de 1845, on avait 1 mort pour 2 25/28 d'ovariotomie ou 37,62 °/o.

Depuis lors les 78 nouvelles ovariotomies ont donné 1 mort pour 3 5/7 d'ovariotomies ou 26,92 °/o, c'est-à-dire une diminution de près de 40 °/o dans la proportion de la mortalité. »

Pologne. Gliszczynski opère à Varsovie et perd sa malade (1).

Russie. Krassowski échoue dans les deux ovariotomies nouvelles qu'il entreprend (2), Grubé, de Charkoff (22 mai) et Ikawitz, de Tamboff (27 juin), marchent dans la voie que leur a ouverte Krassowski, mais le résultat de l'opération de Grubé n'est pas renseigné (3). Ikawitz sauve sa malade (4).

Italie. Malagodi réussit à Fano (5).

53. 1865. 1° Baker-Brown jusqu'ici a compté autant d'insuccès que de succès en reprenant toutes ses opérations. Il inaugure son procédé de section du pédicule par le fer rouge et lui attribue les succès plus nombreux qu'il obtient.

12 ovariotomies : 10 guérisons, 2 morts (6). Le 28 décembre, il extirpe un kyste indépendant de l'ovaire et guérit sa malade (7).

2° Sp. Wells publie une seconde série de 50 cas et il opère cette année une ovariotomie en même temps que l'opération césarienne (8).

(1) Sikorski. *Thèse inaugurale*, 1864.

(2) Voir Statistique de Krassowski, *loc. cit.* et p. de ce travail.

(3) Krassowski, *loc. cit.*, p. 3.

(4) *Bemerkenswerther Fall von Extirpation einer zusammengesetzencyste (cystoïd) des linken Eierstocks.* — Langenbeck's *Archiv.*, Bd VI, Heft 3, 1865. — La ligature du pédicule fut faite en deux portions et sept artères furent liées séparément.

(5) Voir plus loin la Statistique italienne.

(6) *Lancet*, aug. 26 and sept. 2, 1865.

(7) *Med. Press. and Circul.*, jan. 1866. — *Bull. gén. de thérapeut.*, t. LXX, p. 187, 1866.

(8) A second series of fifty cases of ovariot., with rem. on the selection of cases for the operat. *Lancet*, july 29, 1865. Cette même année l'ovariotomiste anglais opère à l'Hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, une femme de 50 ans dans de bonnes conditions, mais qui mourut de péritonite au quatrième jour (*Presse médicale belge* et *Gazette des hôpitaux*, 1865, p. 348).

3° Marion Sims opère et guérit en novembre la malade qu'il présenta plus tard à la Société de chirurgie et pour laquelle il employa 6 à 7 ligatures perdues (1). L'opération fut faite à St-Germain-en-Laye (2).

4° Keith sauve encore une malade (3).

5° Butcher opère 2 ovariotomies avec succès (avril et août) (4).

Amérique. Au 26 octobre, W. Atlée, de Philadelphie, compte 126 ovariotomies (5).

France. 1° De mai 1864 à juin 1865, Kœberlé pratique 6 opérations nouvelles :

4 guérisons : 3 complications très-graves : 2 extirpations des deux ovaires.

2 morts : septicémie, ligature perdue de l'un des deux ovaires enlevés simultanément, kyste de 40 kil., œdème très-considérable des parois abdominales (6).

2° Divers. *Succès :* Boinet, à Paris et à Versailles (7), Labbé, à Paris (8), Courty, à Montpellier (9), Péan, à Paris (10), Sims, à St-Germain-en-Laye (11), Aubrée, à Rennes (12), Desgranges, à Lyon (13).

Insuccès. Gayet de Lyon (14), Richet, à Paris (15), Demarquay, à Neuilly (16), Maisonneuve, à Bellevue (17), Leroux, à Versailles (18), Péan, à Paris (19).

(1) Nardou-Durosier. *Etude sur la péritonite après l'ovariotomie*. Paris, 1869, p. 81.

(2) *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1865.

(3) *Lancet*, july 8, 1865.

(4) *On ovariotomy and the after treatment of the patient, illustrated by cases successfully cured by* Richard G. Butcher. Dublin, 1865.

(5) Negroni, *loc. cit.*, p. 13.

(6) *Académie des sciences*, 14 août 1865.

(7) Statistique Boinet.

(8) *Académie de médecine*, 17 octobre 1865 (présentation de la malade). *Gazette hebd.*, 1865, p. 682. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1865, t. LXIX, p. 417.

(9) *Gazette des hôpitaux*, 1865, p. 462. — *Acad. des sciences*, 25 septembre. — *Bulletin gén. de thérapeutique*, 1865, t. LXIX, p. 333. — *Gazette hebdomadaire*, 1865, 636.

(10) J. Péan, *loc. cit.*, p. 23; 2e édit., p. 37.

(11) et (12) *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1866, 14 novembre.

(13) *Ovariotomies*, etc., par le docteur Christot, p. 21.

(14) *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 482.

(15) *Un. médic.*, 1865. — Nardou-Durosier. Thèse citée. p. 73. — Planté, Thèse citée, p. 26.

(16), (17) et (18) Statistique Boinet.

(19) J. Péan, *loc. cit.*, p. 23; 2e édit., p. 46.

3° Jusqu'en janvier 1866, Nélaton a pratiqué 11 ovariotomies et obtenu 4 guérisons (1).

Allemagne. 1° Stilling opère 3 fois : 2 morts, 1 guérison (2).

Stilling compte ainsi 10 opérations : 1 cas de mort où il y avait tumeur de l'utérus qui fut prise pour un kyste de l'ovaire.

Donc 9 cas d'ovariotomie et 6 guérisons.

Dans 8 cas d'ovariotomie où le procédé de l'auteur fut mis en usage : 6 guérisons, 2 morts (3).

2° Freund rapporte l'observation de 3 ovariotomies qu'il a pratiquées (4).

3 morts : la 1re au 4e jour sans cause connue.

La 2e de péritonite et

La 3e de pleurésie après extirpation complète.

3° Breslau opère 2 fois : une fois à Zurich avec le concours de Billroth : la malade guérit après une péritonite subaiguë ; l'autre fois seul : la malade succomba (5).

4° Dittmar rapporte un cas de mort (6) et Dumreicher n'est pas plus heureux (7), mais Spiegelberg obtient un succès le 30 novembre (8).

Italie. Dominico Peruzzi (9) échoue à Sinigaglia et Bezzi à Modène (10).

Russie. 3 ovariotomies de Krassowski : 1 mort, 2 guérisons (11).

54. 1866. Angleterre. 1° Relevés de Courty au mois de mai (12) :

(1) NEGRONI, *loc. cit.*

(2) Dr A. GÖSCHEN'S u. z. w. 1865, n° 50, 1866, n° 1. — STILLING, *loc. cit.*, p. 174.

(3) STILLING, *loc. cit.*, p. 148. — *Deutsch Klin.*, 1863, Bd XV, s 333, u. 339, u. 1865, Bd XVII.

(4) *Schlesischen Gesellsch. für Vaterlandisch Kultur*, jan. 5, 1866 in *Mediz. chir. Rundschau*, VII Jarbrg., Bd. I, 1 Heft, u. in *Medic. Neuigk. für praktisch. Arzt.*

(5) *Zwei ovariotom. Wien med. Presse*, n° 5, 6, 11, 13, 1865. — *Tre ovariotom. eseguite in Vienne*, dal prof. BILLROTH in *Ippocratico*, anno XXXII, apr. 7, 1869.

(6) *Ein Fall von Ovariot. aus der Poliklin* von MIDDELDORPF in Breslau. *Wien. med. Wochenschr.*, n° 34, 1865.

(7) *Ein Fall von Cystovariotom. Allg. Wien med. Zeitschr.*, n° 27-28, 1865 (mort après 72 heures).

(8) *Schlesischen Gesellsch.* u. z. w. 1865. *Med. Neuigk.* u. z. w., 1865.

(9) Statistique italienne et *Lancet*, jun. 10, 1865.

(10) Statistique italienne.

(11) Statistique KRASSOWSKI.

(12) *Malad. de l'utér.*, p. 592.

Sp. Wells : 166 ovariotomies, 112 guérisons, 54 morts, 32 °/₀.
Dans les 50 premières, 1 mort sur 2.
Dans les 50 suivantes, 1 » » 3.
Dans les 50 dernières, 1 » » 4.
Sur les 150 premières ovariotomies de Sp. Wells :
7 fois il enleva les 2 ovaires.
3 fois l'ovaire laissé sain, devint malade plus tard (1).
Ch. Clay, de Manchester (2) : 117 cas, 80 guérisons, 37 morts, 31,6 °/₀.
Dans les 20 premiers, 1 mort sur 2 1/2.
Dans les 20 seconds, 1 » » 3 1/3.
Dans les 20 suivants, 1 » » 4.
Dans les 20 derniers, même proportion.
Baker-Brown (3) : 92 ovariotomies, 59 guérisons, 33 morts, 35,8 °/₀.
Dans les 26 derniers cas où le pédicule fut séparé par le cautère actuel, 3 morts seulement à déplorer.
T. Keith : 40 cas, 31 guérisons, 9 morts, 22,5 °/₀.
Dans les 20 premiers cas, 1 mort sur 3 1/3.
Dans les 20 seconds cas, 1 » » 6 2/3.
Les 12 derniers cas ont été 12 succès (4).
En décembre (5), le chiffre total s'élève à 48 : 37 guérisons, 11 morts, 23 °/₀.
Dans les 16 premiers, 6 morts.
Dans les 16 seconds, 3 morts.
Dans les 16 troisièmes, 2 morts.
Dans les 21 derniers, une erreur de diagnostic : ascite par péritonite tuberculeuse : ovaire sain : incision : guérison. — Des 20 autres, 4 morts.
Dans le cas 36ᵉ, la tumeur s'était vidée antérieurement par le vagin.
Dans le cas 38ᵉ, l'ovariotomie fut double.
Dans le cas 46ᵉ, le kyste était dermoïde.

(1) *Lancet*, 1866, t. II, p. 378, — *Journal de la Société des sciences*, etc., *de Bruxelles* 1866, t. II, p. 31.
(2) *Ibid.* et in *Lancet*, n° 8, 1865.
(3) *Ibid.* et *On ovarian dropsy, its nature, diagnosis and treatment.* London, 1862.
(4) BOINET. *Mal. des ovaires*, p. 336.
(5) *Case of ovariot. — Edinb. med. J.*, jan. and déc. 1866.

Dans les 35 premiers cas, on observe les particularités suivantes (1).

Adhérences : nulles,	13	guérisons,	2	morts.
» légères,	7	»	3	»
» graves,	6	»	4	»
Complication d'ascite,	1	»	2	»
Ovariotomies doubles,	2	»	1	»

2° Sp. Wells opère 13 fois dans l'année : 9 guérisons, 4 morts.

3° Sp. Wells et Baker-Brown ont eu :

En ville, 18 morts sur 53 cas, soit 35 °/₀.

A l'hôpital 21 » » 75 » » 28 °/₀.

Ce qui parlerait en faveur des hôpitaux (2), mais il est bon de rappeler qu'il n'y a rien de comparable entre nos hôpitaux et le commode et hygiénique petit bâtiment où opère Baker-Brown (3).

4° *Ovariotomies pratiquées deux fois sur la même femme* :

1er cas : W. L. Atlee, de Philadelphie : 16 ans après la première opération pratiquée par Clay, de Manchester : guérison.

2e cas : Sp. Wells : 9 mois après un autre chirurgien, mort.

3e cas : F. Bird : 14 ans après une première opération pratiquée par lui-même, mort.

4e cas : Sp. Wells : 18 1/2 mois après une première opération pratiquée par lui-même, guérison.

La première ovariotomie n'ajoute rien aux difficultés de la seconde (4).

5° *Ovariotomies pratiquées par divers, en Angleterre* :

Succès : Creamer, Jos (5) : ovariotomie double, les deux pédicules laissés dans l'abdomen.

(1) *Edinb. med. J.*, 1863-1866.

(2) *Britisch med. J.*, 3 fev. 1866.

(3) *Gazette médicale de Lyon*, 1866. *Journal de la Société des sciences nat.*, etc. *de Bruxelles*, 1866, t. I, p. 192.

(4) *Lancet*, 1866, t. II, p. 578. — *Journal de la Société des sciences naturelles*, etc. *de Bruxelles*, 1866, t. II, p. 551. Voir en 1869 les cas de Boinet et de Joüon.

(5) *Polycyst. disease of both ovaries. — Ovariot. — Recov. — New York med. Record.*, n° 9, p. 205.

Goold (1), Alford (2), Humphry (3), Smyly (4), Gooding (5), Murray (trois cas) (6), Marriott (deux cas) (7), Aveling (8), Sharpin (9).

Insuccès. Murray (10), Turnbull (11), Routh (12).

6° D'après les relevés de Thomas Bryant (13) jusqu'en décembre 1866, il y aurait eu en Angleterre, en Amérique, en France, en Allemagne et autres pays :

902 ovariotomies complètes (14), dont 560 ou 62,3 °/₀ suivies de succès.
et 342 ou 37,7 °/₀ suivies de mort.

France. 1° Kœberlé (15), a pratiqué 27 ovariotomies : 18 guérisons, 9 morts, 33 °/₀.

Adhérences nulles,	5	guérisons,	1	mort.
» légères,	5	»	2	»
» très-graves,	8	»	6	»
Complication d'ascite,	2	»	2	»
Ovariotomie double,	6	»	4	»
Id. avec extirpation de l'utérus,	1	»	1	»

(1) *Notes on a case of ovariot. Lancet* II, n° 14 : clamp.

(2) *Successf case of ovar. Brit. med. J.*, aug. 4, fortes adhérences : clamp.

(3) *Ibid.*, n° 17.

(4) *Dubl. J. of med. sc.*, feb., p. 11 : clamp.

(5) *Med. T. and Gazette*, jan. 20 : clamp.

(6) *Four cases of ovariotom, one of which was fatal. Lancet.* t. II, nov. 10, p. 523.

(7) *Two successf. cases of ovariot. Brit. med. J.* mai 5, *Lancet*, t. I, n° 13 and *Med. Times and Gaz.*, mai 12 (Leicester Infirmary : clamp).

(8) *A case ovariot. in which the pedicle was tied and returned, and the ligat. removed in forty eight hours. — Trans of the obstetr. soc.*, t. VII, p. 229. — Pédicule épais et court, traversé par une double ligature nouée de chaque côté par une sorte de nœud en spirale que l'auteur décrit.

(9) *Trans. of the obstetr. soc.*, t. VII, p. 105.

(10) Voir (6).

(11) *Med. T. and Gaz.*, feb. 17 (Melbourne Lying in Hospital), mort d'épuisement au troisième jour.

(12) *Med. T. and Gaz.*, apr. 21 : tumeur fibro plastique de l'utérus : extirpation impossible : hémorrhagie interne du kyste, mort en 34 heures.

(13) *Clinical Surgery and Ovariotomy*, VII, p. 570, 1867.

(14) D'après la Statistique de DUTOIT, il y aurait eu sur 742 cas d'ovariotomies, 137 opérations incomplètes (*Die ovariotomie in Engl., Deutschl. und Franckr.* Wurzburg, 1864).

(15) Voir COURTY, *loc. cit.*, p 964.

Des 14 premières ovariotomies pratiquées à Ste-Barbe : 10 guér., 4 morts.

Des 11 suivantes pratiquées à la Toussaint : 8 guérisons, 3 morts.

Résultat brut : 2 guérisons pour 1 mort.

2° *Statistique de Negroni* : 250 cas faisant suite à ceux qu'a recueillis John Clay : 156 guérisons, 94 morts (1).

Dans les cas heureux, l'opération a été achevée 154 fois, abandonnée 2 fois ; l'une de ces deux malades est morte 8 ans plus tard de son kyste, l'autre a guéri radicalement.

Sur les 154 ovariotomies complètes suivies de guérison, il y a eu :

148 fois ovariotomie.

3 fois excision de kystes implantés sur l'utérus.

2 fois extirpation de l'utérus et de ses annexes.

1 fois la femme avait été opérée antérieurement pour une affection semblable de l'autre ovaire.

Dans les 94 cas de mort, l'ovariotomie a été complète 93 fois.

L'ovariotomie n'a pu être achevée 1 fois à cause des adhérences.

Elle avait déjà été chez une femme 1 fois opérée avec succès.

Chez deux opérées, le kyste tenait au ligament large : 1 mort.

50 fois l'opération a été faite dans les hôpitaux : 22 guérisons, 28 morts.

Adhérences :	nulles	27	guérisons,	16 morts.
»	légères	35	»	20 »
»	étendues ou fortes	33	»	28 »
»	pelviennes . . .	1	»	8 »

Causes de la mort.	Ébranlement . . .	5.
	Épuisement . . .	12.
	Hémorrhagie. . .	5.
	Péritonite primitive	30.
	» secondaire	6.
	Abcès.	2.
	Infection purulente.	1.
	Tétanos	3.
	Érysipèle . . .	1.

(1) NEGRONI, *loc. cit.*, p. 32.

3° *Opérations de divers. Succès.* Péan (3 cas) (1), Gosselin (2), dans la banlieue de Paris, Lacroix, à l'Hôtel-Dieu de Béziers (3), Serre, à Alais (4), Gignoux, à Guerbaville (Seine-Inférieure) (5) et Brulet, à Dijon (6).

Insuccès. Dolbeau (7), Desprès (8), Maisonneuve (deux opérations à Paris) (9), Léon Labbé (10), Marguerite, au Hâvre (11), Dubarry, à Condom (12), Ollier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon (13).

Bilan : 15 ovariotomies : 7 guérisons, 8 morts.

Allemagne. Spiegelberg pratique 2 ovariotomies avec succès et emploie la galvano-caustique pour détruire les adhérences (14).

Kuchenmeister, à Dresde (15), Meissner et Kumar, en Autriche (16), perdent leurs opérées de péritonite et Rabl (Autriche) la voit succomber à l'hémorrhagie interne (17).

Bilan : 6 ovariotomies, 4 morts, 2 guérisons.

Amérique. *Insuccès.* Cutter (James B.) : 14 ligatures, pédicule laissé dans l'abdomen; mort 5 mois et 1 semaine après l'opération par péritonite chronique, résultat d'un abcès formé dans les parois abdominales (18).

(1) PÉAN, *loc. cit.*, p. 26, 2° édit., pp. 49, 58 et 90.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 8 décembre, 1866, p. 565.

(3) *Mémoire de la Société de chirurgie.* — *Reform. medic.*, 10 mai 1867. *Journ. de médecine et de chirurgie pratiques*, 1867, art. 7329. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1867, t. LXXII p. 303 et 306.

(4) *Mém. de la Société de chirurgie*, 1867, 2 janv.

(5) *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 3.

(6) *Revue méd.*, t. I, p. 225, 1866.

(7) *Leç. de clinique chirurgicale de* DOLBEAU.

(8) Statistique BOINET, n° 83.

(9) *Gazette des hôpitaux*, 8 décembre 1866 et 1867, n° 6.

(10) *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 459. — *Gazette des hôpitaux*, p. 317 et p. 293.

(11) *Ibid.*, p. 646.

(12) *Mém. de la Société de chirurgie*, 1866. — *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 19.

(13) *Gazette médicale de Lyon*, 1866, n° 6.

(14) *Zwei erfolgreiche ovariot.* — *Monatschr. f. Geburts.* Bd 27, s. 368. SPIEGELBERG a publié plus tard (*Archiv. f. Gynäk.*, t. I. p. 68. 1870) huit autres ovariotomies dont trois se terminèrent par la mort et cinq par la guérison.

(15) *Med. Trans and Gazette*, 1866. — *Gazette médicale de Paris*, 1867. — *Journal de la Société, etc., de Bruxelles*, 1867, t. II, p. 547.

(16) *Wochenbl. d. Zeitschr. d. K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 1866, pp. 307, 308.

(17) KUMAR, *loc. cit.*, p. 223.

(18) *New-York méd. Record.*, n° 16, p. 371.

Pope. Ch. A., : mort en 3 heures du shock.

Succès. James Ruves (1), Jackson Ruves (2), Bozeman Nathan (3).

Bilan. 5 ovariotomies : 2 morts, 3 guérisons.

Italie. Loreta échoue à Bologne.

Russie. Krassowski : 11 ovariotomies, 5 morts, 6 guérisons (4).

Suède. Nicolaysen enlève avec succès l'ovaire gauche (5).

Hollande. Hanlo opère avec succès (6) un ovaire droit.

Nouvelle-Zélande. Succès de Mackinnon (7).

55. 1867. Angleterre et Amérique. Spencer Wells, jusqu'en janvier 1868, a pratiqué en tout 200 ovariotomies, 28 p. c. de mortalité; 6 ovariotomies doubles : 1/33 (8).

W. L. Atlee (décembre 1867) : 169 ovariotomies, 30 p. c. de mortalité; 6 ovariotomies doubles : 1/13 (9).

Dans la deuxième centaine d'opérations de Wells :

Adhérences :	nulles	38 cas,	31 guérisons,	7 morts,	1/6.
»	légères	40 »	30 »	10 »	1/5.
»	graves	22 »	11 »	11 »	1/2.

France. 1° Kœberlé, jusqu'au 1er juin 1867, a pratiqué 46 ovariotomies : 28 guérisons, 18 morts.

Statistique de Laskowski (10). 100 cas d'ovariotomie, choisis de 1844 à mai 1867, 65 guérisons, 35 morts.

L'extirpation de l'utérus a eu lieu 2 fois : 1 mort, 1 guérison.

1 fois la malade a subi l'ovariotomie pour la seconde fois : mort.

(1) *Amer. J. of med. sc.*, apr. 397 : clamp.

(2) *Successf. remov. of both ovaries, ibid.*, july. p. 111.

(3) N° 13, *New-York med. Record.*

(4) Statistique citée.

(5) *Tumor cysticus ovarii sinistri, Ovariotomi med. heldight Udfald. Norsk. magaz. for Laegevidensk*, t. XX, s. 889.

(6) *Multilocubar cyste von het regter ovarium, ovariotomie, genezing. Nederl. Tydschr. von Geneesk.*, afd. 1. afl. 2, bl. 97.

(7) *Med. T. and Gaz.*, 1866. — *Gazette médicale de Paris*, 1867. — *Journ. de la Société*, etc., *de Bruxelles*, 1867. t. II, p. 547.

(8) *Gazette hebdomadaire*, 1868, n° 32, p. 500. — KOEBERLÉ, *loc. cit.* Statistique.

(9) *Ibid.*

(10) *Loc. cit.*, p. 66.

Bird opère 1 femme enceinte à 4 mois : avortement et guérison.

Pollok ponctionne l'utérus gravide après avoir extirpé l'ovaire malade : mort.

Kœberlé abandonne une de ses opérations par suite des adhérences ; pratique l'incision : guérison.

5 femmes qui ont subi l'ovariotomie complète ont eu un ou plusieurs enfants.

Grande *incision*. . . .	28 cas,	20 guérisons,	8 morts.	
Petite »	16 »	10 »	6 »	
Moyenne »	35 »	25 »	12 »	
Adhérences nulles . . .	28 »	19 »	9 »	
» faibles. . .	17 »	13 »	4 »	
» fortes . . .	14 »	8 »	6 »	
» étendues . .	28 »	17 »	11 »	

Causes de la mort. Péritonite. . .	18 cas,	mort	de 4 heures à 21 jours.
Hémorrhagie .	3 »	»	de 4 à 24 heures.
Épuisement . .	2 »	»	de 12 à 24 »
Septicémie . .	2 »	»	en moins de 48 heures.
Tétanos . . .	1 »	»	en 21 jours.
Non mentionnée	8 »	»	en moins de 48 heures.

3° *Statistique française de Boinet.* Elle comprend 122 ovariotomies pratiquées en France jusqu'en mars 1867 : 49 succès, 73 morts (1).

4° En mars 1867, Nélaton avait un bilan de 15 ovariotomies, 7 succès (2).

5° Divers. *Insuccès :* Demarquay (3), Giraldès (4), Gosselin (5), à Paris, F. Blackberger, à Dornetal (6). Desgranges, à Lyon (7) (21 mai), Boinet, à Saint-Mandé (8).

(1) *Malad. des ovaires*, p. 332 et 314.
(2) *Ibid.*, p. 331.
(3) Statistique Boinet. — *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 133.
(4) *Mémoire de la Société de chirurgie*, 1867. — *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 107.
(5) Statistique Boinet. — *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 153.
(6) Statistique Boinet. — *Gaz. des hôpitaux*, 1867, p. 447.
(7) *Journal de médecine de Lyon*, 1 et 15 septembre 1867.—*Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 718.
(8) Le 23 décembre. Ch. Bailly. *Traitement des ovariotomisées.* Observation personnelle, p. 80.

Succès : Desgranges, à Lyon (1er juin) (1), Dumesnil, à Rouen (2), Regnault (3), Closmadeuc, à Vannes (4), Lacroix, à Béziers (5), Boinet (2 opérations) (6) Péan, à Paris (2 cas) (7).

Bilan : 15 ovariotomies : 9 guérisons, 6 morts.

Allemagne : 1° Stilling opère 4 fois : 3 morts, 1 guérison.

11e cas (8) : Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec adhérences intimes du bassin : mort au 22e jour par ulcération intestinale et tétanos.

12e cas (9) : Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche : fortes adhérences : mort 10 jours après de tétanos et de pneumonie.

13e cas (10) : Kyste multiloculaire : longue durée : 7 ponctions antérieures : adhérences nombreuses : opération difficile ; mort au 3e jour de shock et de péritonite (6 juillet 1867).

14e cas (11) : Kyste multiloculaire de 12 ans : accroissement considérable, profond amaigrissement de la malade : adhérences intimes : guérison en 18 jours (13 août 1867).

2° G. Simon (12), à Rostock, pratique 2 fois l'ovariotomie : 1 mort, 1 guérison.

29 *juillet.* 1er cas : femme de 25 ans : kyste de l'ovaire droit : adhérences intimes : opération abandonnée : mort 4 jours après : l'autopsie fait reconnaître un kyste du rein.

29 *juillet.* 2e cas : femme de 30 ans : cystoïde de l'ovaire gauche : 4 ponctions : adhérences étendues et solides avec les parois abdominales : très-grandes-difficultés pour les séparer : formation d'un abcès profond près du pédicule : guérison.

(1) Christot, *loc. cit.*, p. 21.
(2) Société de chirurgie, 11 décembre 1867.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 298.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 439. — *Mémoire de la Société de chirurgie* 1867.
(5) *Mémoire de la Société de chirurgie*, — *Bull. gén. de thér.*, 1867, t. LXXII, p. 306.
(6) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 102 et p. 559.
(7) *Loc. cit*, deuxième édition, p. 74 et p. 98.
(8) *Deutsch. Klin.*, 1867, p. 97.
(9) *Ibid.*, p. 204.
(10) et (11) *Ibid.*
(12) *Deutsch Klin.*, n° 1 et 3, 1868. — Aûs der chirurg Klin. des Hrn Prof. Dr G. Simon zû Rostock (*Zwei Laparatomien mitgetheil. von* E. Martini).

3° En septembre, le docteur Thulésius, de Brême, opère une femme de 32 ans, de forte constitution, ponctionnée 3 fois : elle meurt au 11e jour de pyohémie (1).

Le 21 septembre, le docteur Backenheimer (2), de Francfort, pratique l'ovariotomie sur une femme de 36 ans (8 accouchements, une perte) ponctionnée 3 fois pour un kyste de l'ovaire gauche fortement adhérent : guérison le 23 octobre suivant.

Le 7 novembre, 2e opération : femme de 36 ans, 2 enfants : mort au 5e jour d'œdème pulmonaire.

4° *Statistique des ovariotomies du docteur Nusbaum*, de Munich : 34 ovariotomies, 18 guérisons, 16 morts, 56 p. c. de guérison (3).

Pologne. Girstowt perd une opérée à Varsovie (4).

Russie. Krassowski : 4 ovariotomies : 2 morts, 2 guérisons.
1 ovariotomie partielle : mort (5).

Italie. 4 insuccès : Bottini, 2 fois, à Novare, Vanzetti, à Trévise (6) et De Cristoforis Malacchia, à Milan (7).

56. 1868. Angleterre. 1° *a*) Au 21 février les cas de Spencer Wells (8) se répartissent de la manière suivante :

1re série :	1ers 100 cas,	34 morts,	66 guérisons.		
	2ds » »	28 »	72 »		
	200 1ers cas,	62 »	138 »		
2e série :	50 cas,	7 morts,	45 guérisons.		
Total	250 »	27.6 p. c. de mortalité.			

(1) *Deutsch. Klin.*, 1867, n° 44, p. 408.

(2) *Ibid.*, n° 49, p. 456.

(3) *OEst Zeitschr. für prakt. Heilkunde*, 20 décembre 1867. — *Ærtzl. Intelligenz Blatt*, n° 30. — *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 222.

(4) *Gazette médicale de Varsovie*, 1867, p. 485. — Krassowski, *loc. cit.*, p. 4. — Laskowski, *loc. cit.*, p. 98.

(5) Statistique citée.

(6) Statistique italienne.

(7) *Ibid.* et *Gaz. med. ital. Lombardia*, n° 25 et 26.

(8) Kocher. *Zur statistik der ovariot.* — *Centralbl. für die medic. Wissensch.*, n° 11. 1868. — Voir aussi Spencer Wells. *On fœcal fistula following ovariot.* — *Glascow med. J.*, febr., p. 378.

3 femmes ont subi 2 fois l'opération : 1 mort, 2 guérisons.

b) Dans une communication faite par J. Worms à la Société de médecine de Paris, le 4 décembre 1868 (1), les 36 dernières ovariotomies de Spencer Wells, pratiquées du 1[er] octobre 1867 au 1[er] octobre 1868, sans compter un cas où l'opération fut faite heureusement pour la seconde fois sur une même femme, ont donné 31 guérisons et 5 morts.

Il y a eu guérison chaque fois que le pédicule a pu être assez long pour être fixé par le clamp.

2 fois le pédicule fut cautérisé : 1 mort.

4 » » » lié et laissé dans l'abdomen : 4 morts : cas, du reste, très-mauvais pour l'opération.

2° Des 14 dernières opérées de Keith, toutes guérirent.

Des 30 » il en perdit 3 seulement : une mourut 5 semaines après l'opération d'intussusception intestinale dont les symptômes durèrent 12 jours : l'autopsie montra une ancienne cicatrice dans l'iléon, suite d'adhérences détruites, comme cause de striction intestinale.

3° ***Divers*** : Benj. Wilson (2), Buchanan (3), Le Gros Clarke et Barnes (deux cas) (4), Keith (5), John Kempthorne (6), Thomas Smith (7), Thom. Bryant (8), Jackson (4 cas) (9), Neale et Richard (10), Bankart Jos (11).

Amérique. Storer Horatio (12) : ovariotomie suivie de succès pratiquée pendant les règles et où le pédicule fut cousu dans l'angle inférieur de la plaie, de telle sorte que celle-ci fut hermétiquement fermée.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1869, n° 1. — *Med. T. and Gaz.*, 1868, p. 605. — Delstanche, *loc. cit.*, p. 412.

(2) *Med. and surg. Rep.*, 1868, n° 23.

(3) *Glascow Med. J.*, apr., p. 465.

(4) *Med. T. and Gaz.*, march 7.

(5) *Edinb. med. J.*, octob. p. 289 et déc. 481.

(6) *Lancet*, 1868, sept. 5.

(7) *Brit. med. J.*, feb. 1, (guéri par excision).

(8) *Lancet*, feb. 1, 1868.

(9) *Ibid.*, octob. 24.

(10) *Med. T. and Gaz.*, nov. 28, 1868 (adhérences vésicales très-intimes : vessie ouverte par l'opérateur : fistule urinaire permanente).

(11) *Lancet*, mai 30.

(12) *Pocketing the pedicle, a new and successf. method of heating the ovar. stumpf after excision.* — *Amer. J. of med. sc.*, jan., p. 77. — *The New-York med. Record.* jan. 15.

Peaslee (1) (2 cas), Atlee (2), Weir (3), Newman (4), Stokes William (5), Edw. Casnell (6), Bulloch (7), Greene, Warren (2 cas, 1 mort par hémorrhagie) (8), Kimball, Gilman (9) (guérison).

Si, comme il est fait dans le *Jahresbericht* (Canstatt's, 1869), nous réunissons les éléments des 2 bilans (anglais et américain), nous trouvons :

38 ovariotomies : 31 guérisons, 6 morts, 1 opération abandonnée.

Le clamp fut appliqué 17 fois, 3 morts.

8 fois le pédicule fut sectionné et abandonné dans l'abdomen, 1 mort.

4 » » » » » avec ligature au dehors, 2 morts.

3 fois il y eut ovariotomie double : 2 succès. 1 fois les 2 pédicules furent abandonnés dans l'abdomen. Dans le 2e cas (suivi de succès également), l'un pédicule fut fixé par le clamp et l'autre abandonné dans le ventre. Dans le cas suivi de mort, les 2 pédicules avaient été laissés dans le ventre.

France. 1° *Statistique des ovariotomies de Kœberlé*, au 1er juin 1868 : 69 cas (10) : guérisons 2/3.

22 derniers cas : 4.5 de guérison ou 5 guérisons sur 22.

a) D'après l'auteur, on devrait dans les cas simples :

Sans adhérences, guérir 7 à 9 fois sur 10, 90 à 95 p. c.

Avec » légères, 70 à 80 p. c.

» » graves, compliquées, 30 à 50 p. c.

Dans sa pratique il a obtenu : Sur 20 cas sans adhérences : 17 guérisons, 3 morts, 1/7.

Sur 16 cas avec adhérences légères : 13 guérisons, 3 morts, 1/5.

(1) *New York med. Record.*, july 1, 1868.
(2) *Amer. J. of Med. sc.*, apr., 403.
(3) *New-York med Record.*, aug. 1.
(4) *Ibid.*, march 16.
(5) *Med. Press. and Circular.*, nov. 18.
(6) *New-York med. Record*, n° 35.
(7) *Amer. J. of Med. sc.*. jan. 87.
(8) *Boston med. J.*. apr. 30.
(9) *Ibid.*, sept. 17.
(10) *Gazette hebdom.*, 1868, p. 498. KOEBERLÉ. Brochure tirée à part, 1868.

Sur 33 cas avec adhérences graves compliquées : 15 guérisons, 18 morts, 1/2.

Adhérences avec les parois abdominales 34
» » l'épiploon 28
» » l'intestin 16

Plus de guérisons que de morts.

Adhérences avec l'excavation pelvienne 20
» » le mésentère 4
» » le foie 4
» » la matrice 10
» » le diaphragme. 2

Plus de morts que de guérisons.

b) *Durée de l'opération.*

9 fois l'opération n'a pas duré plus de 1/2 heure : 9 guérisons.
28 » » a duré de 1/2 à 1 heure : 1/4 est mort.
16 » » » de 1 à 1 1/2 heure : 1/3 » (5 sur 16).
5 » » » deux heures et plus 5 morts.

c) *Causes de la mort :* Septicémie, 7. Péritonite, 5.
Septicémie et péritonite, 6. Etranglement interne, 5.
Entérite, 1. Tympanite, 1.

d) *Epoques de la mort :* Le 1er jour, 1 ; le 2e jour, 5 ; le 3e jour, 7.
Le 4e » 4 ; le 6e » 1 ; le 7e » 3.
Le 8e » 2 ; un mois après, 1 (de diarrhée).

e) Des 6 avants derniers : 4 ont succombé à la péritonite.
1 à la tympanite.
1 à l'étranglement interne.

f) *Perte de sang* : 50 grammes : 18 fois, 13 guérisons, 1 mort par étranglement interne.

50, 100, 500, 1000 grammes : 43 fois, 16 morts, 37 p. c.

1000 à 2000 grammes : 6 fois, 5 morts.

Plus de 2000 grammes : 2 fois, 2 morts.

g) *Ovariotomie double :* 13 fois, 1/3 (2 fois la matrice avec les ovaires), 7 guérisons, 6 morts.

h) *L'ovaire malade* était 25 fois à droite, 20 fois à gauche.

i) *Age :* Entre 17 et 72 ans. Au-dessus de 50, mortalité beaucoup plus considérable : 5 morts sur 7 cas.

j) *Ponctions.* — Pas de ponctions: mortalité 1/3, 13 morts sur 34 cas.

1	»	»	1/4,	5	»	» 18 »
2	»	»	0,	0	»	» 6 »
3 à 8	»	»	très-forte.			

k) *Injections iodées :* 3 cas avec adhérences générales : 1 guérison, 2 morts.

l) *Incisions :*

5 à 10 centimètres :	12 fois,	1 mort (étranglement interne).		
10 à 25	»	9	»	1/3 de morts.
25 à 30	»	9	»	4 morts.
30 à 35	»	5	»	4 »
Plus de 35	»	3	»	1 »

m) *Poids de la tumeur :*

1 à 5 kilogr. :	8 fois,	8 guérisons.			
5 à 20 »	51	»	35	»	2/3.
20 à 50 »	10	»	2	»	

n) *Opérations par année :*

1re année :	6 ovariotomies,	1 mort,	1862 à 1863.
2e »	4 »	2 »	1863 à 1864.
3e »	8 »	2 »	1864 à 1865.
4e »	9 »	4 »	1865 à 1866.
5e »	19 »	9 »	1866 à 1867.

Sur 12 cas graves de ces deux dernières années, 2 guérisons.

6e année : 23 ovariotomies, 6 morts, 1867 à 1868.

Sur 11 cas graves, 6 guérisons.

2° Avant la fin de l'année, Kœberlé pratique encore 6 nouvelles ovariotomies (la 70e n'est pas renseignée) : 4 guérisons, 1 mort (1), ce qui donne en tout 74 cas, 25 morts, 49 guérisons.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1869, pp. 95, 119, 127, 275, 262. — Voyez le complément de cette statistique en 1869.

3° En 1868 (1), Léon Labbé possède à son bilan 6 ovariotomies dont 4 suivies de succès.

Le 12 octobre, il en pratique une 7e : mort au 6e jour (2).

4° Lacroix, de Béziers, a réussi 3 fois sur 3 opérations.

5° Divers. — *Succès* : Boinet, 11 octobre (3), Liégeois, 22 août (4), Gosselin, 3 novembre (5), Letenneur, (6), de Nantes; Anger, à Issy, 10 septembre, Hospice des ménages (7), Gallerand (8), Péan, le 17 février (9).

Insuccès : Richet (10), Léon Labbé en pratique une seconde dont le résultat est demeuré inconnu. Péan, à Paris (11), le 23 avril et Boinet le 22 décembre (12).

Bilan : 19 ovariotomies, 7 guérisons, 2 morts, 1 résultat douteux.

Allemagne. 1° Stilling opère 4 fois : 3 morts, 1 guérison.

15e cas : Kyste multiloculaire volumineux de l'ovaire droit : peu de durée. Grandes incommodités : ovariotomie : kyste cancroïde : mort au 9e jour de cause non définie : autopsie incomplète : produits cancroïques dans la rate. 6 février 1868 (13).

16e cas : Sarcôme volumineux de l'ovaire droit : quantité considérable de sérosité ascitique dans le bas-ventre : mort au 8e jour de péritonite et de trismus. 13 avril (14).

(1) CARIT et PLANTÉ prennent l'ovariotomie pour sujet de leur thèse.
(2) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 409.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1868 p. 559. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec ascite, hernie ombilicale volumineuse et prolapsus complet de l'utérus.
(4) Société impériale de chirurgie. Séance du 21 octob. 1868.
(5) NARDOU-DUROSIER, thèse citée, p. 52.
(6) *Journal de médecine de l'Ouest*, 1868, t. I, p. 263. — Société impériale de chirurgie. Séance du 10 février 1869
(7) NARDOU-DUROSIER, thèse citée, p. 68. — Observation complète in CH. BAILLY. *Traitement des ovariotomisées*, p. 101.
(8) *Gazette des hôpitaux*, n° 95, 1868, p. 378.
(9) PÉAN, *loc. cit.*, deuxième édition, p. 81.
(10) 23 janvier 1868. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 298.
(11) *Loc. cit.*, deuxième édition, p. 106.
(12) CH. BAILLY, *loc. cit.* (Observation personnelle), p. 54.
(13) *Deutsche Klin.*, 1868 n° 11.
(14) *Ibid.*, n° 20.

17e cas : Kyste multiloculaire volumineux de l'ovaire gauche : 7 ponctions antérieures : guérison : 16 juin (1).

18e cas : Femme de 23 ans : kyste multiloculaire : agglutination générale du péritoine, de façon à ce qu'il n'existe plus de sac péritonéal : adhérences intimes de la tumeur avec les viscères du bas-ventre : extirpation totale impossible; mort : 15 heures après l'opération, du shock, 14 décembre (2).

2° Billroth pratique 3 nouvelles ovariotomies à Vienne, 3 succès (3).

2e cas, 5 octobre : 29 ans, mariée à 21 ans, 3 enfants. Il y a 3 ans, 15 jours après son dernier accouchement, tumeur dans l'hypocondre droit.

En janvier 1868, 1re ponction; en juin, 2e ponction suivie d'hémorrhagie utérine; en août, la malade maigrit et dépérit.

Opération : incision de 4 pouces : adhérences légères, ovaire gauche et utérus sains, pédicule suffisamment long. Clamp.

Le 12 jour, chute du clamp : petit abcès près de la cicatrice qui s'ouvre dans la semaine suivante. Le 29 octobre, elle se lève : elle paraît guérie le 7 novembre.

La poche contenait 10 kilog. de liquide gris-verdâtre, mucilagineux; le sac et les tumeurs solides y annexés pesaient plus de 2 1/2kilog.

3e cas, 11 octobre : 39 ans, mariée à 21, un enfant. Depuis lors, plus ou moins indisposée. Il y a 4 1/2 ans, intumescence du ventre. En 1866, 1re ponction, sérosité limpide et ténue. 2e ponction, 3 mois après et 6 autres de 5 à 12 semaines d'intervalle, la dernière en juin 1868. Toutes furent sans réaction, sauf l'avant-dernière qui fut suivie de 3 jours de douleurs abdominales. La santé se détériorait. Complication d'ascite kyste biloculaire).

Opération : incision de 4 pouces qu'on dut prolonger : opération longue et difficile à cause des adhérences intimes et de 13 ligatures qu'on dût placer. Guérison le 14 novembre, 13 jours après.

(1) *Deutsche Klin.*, 1868, n° 32.

(2) *Ibid.*, 1869, n° 8, p. 74.

(3) *Tre ovariotomie eseguite in Vienne*, etc. *Ippocratico*, anno XXXII, aprile n° 7, p. 327, 1869.

La tumeur pesait plus de 900 grammes.

4e cas, 12 décembre : 40 ans, mariée, pas d'enfants. Tumeur depuis 4 ans. Pannicule adipeux épais de 2 gros pouces. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit et tout à fait libre. Contenu mucilagineux. Pédicule épais et court ; lié en 6 parties, très-peu de sang.

Guérison le 4 janvier 1869.

Le sac kystique, avec la trompe également hydropique, pesaient 700 gr.

3° Divers. — *Succès.* Dittel (1), Gusserow (2), Schweder (3) Heydloff (4), Wagner (5), V. Scanzoni (6), Scharlau (7), Neugebauer (8).

Insuccès. Gusserow (9), Schweder (10), Wagner (3 cas) (11), V. Scanzoni (2 cas) (12) Scharlau (13).

Bilan. 23 ovariotomies, 12 guérisons, 11 morts.

Danemark. Boye : 2 ovariotomies, 2 succès : 1 guérison après 4 semaines (jeune fille de 17 ans), l'autre après 3 ou 4 mois, 49 ans : adhérences très-étendues, pédicule lié et abandonné (abcès consécutif) (14).

Howitz (15) : 6 cas de mars à juin 1868 : 5 guérisons, 1 mort. Il a employé une fois le chlorométhyle avec l'appareil de Richarson-Juncker et avec avantage : il a dû également faire souvent usage de ligatures perdues et sans inconvénient.

(1) *Ueber einen Fall von ovariot. mit glücklich. Erfolge. Allg. Wien. med. Zeitg.*, s. 51 u. 59.

(2) *Zwei ovariotom. Berlin. Klinische Wochenschr.*, n° 12, 13.

(3) *Zwei weitere Fälle von ovariot. — Ibid.*, n° 21 (Kyste dermoïde).

(4) *Ein Fall von ovariot. — Ibid.*, n° 31.

(5) *Vier ovariot. Ibid.*, n° 39, 40, 41, 42 (un kyste du ligament large).

(6) *Drei ovariot.* — SCANZONI's *Beiträge*, u. z w. Bd V, s. 145.

(7) *Ueber zwei in Stettin ausgeführte Ovariot. — Monatschr. für Geb.* Bd 31, s. 120.

(8) *Bericht über eine mit Erfolg ausgef. ovariot. Ibid.*, Bd 32, s. 206.

(9) *Zwei ovariotom. Berlin. Klinische Wochenschr.*, n° 12, 13.

(10) *Zwei weitere Fälle von ovariot. — Ibid.*, n° 21 (opération faite à Bonn : mort de perforation rectale).

(11) *Vier ovariot. — Ibid.*, n° 39, 40, 41, 42 (1 kyste du ligament large).

(12) *Drei ovariot.* SCANZONI's *Beiträge*, u. z. w. Bd V, s. 145.

(13) *Ueber zwei in Stettin ausgeführte Ovariot. — Monatschr. für Geb.* Bd 32, s. 120.

(14) *Hospitals Tidende* (*Optegnelser af praktisk Lægekunst fra Ind-og Udlandet.* Copenhagen, nos 5, 13, 25 et 26).

(15) *Ibid.*, 1868, s. 117, 121, 125.

Bilan du Danemark. 8 ovariotomies, 7 guérisons.

Suède. Sven. Sköldberg public sa statistique (1). Puis il donne les résultats de ses 5 dernières ovariotomies : 1 mort, 4 guérisons. L'auteur a opéré 7 fois (2).

L. Aman (3) : guérison.

Italie. Vanzetti échoue pour la quatrième fois, mais Landi réussit à Pise.

Belgique. Nous avons à renseigner ici la première ovariotomie régulière qui a été pratiquée dans notre pays. L'observation nous en a été communiquée avec la plus amicale obligeance par le savant professeur de Gand, qui l'a opérée. La voici telle qu'il nous l'a transmise :

« Ovariotomie pratiquée le 22 juillet 1868, par le professeur Soupart, sur la nommée Thérèse Vermersch, servante, âgée de 29 ans, jeune fille n'ayant pas eu d'enfants, d'une constitution sèche, d'un tempérament nerveux.

« *Antécédents* : bien portante et bien réglée jusqu'à l'âge de 26 ans.

« En 1865, à la suite d'une fièvre typhoïde, elle s'aperçoit d'un développement graduel du ventre sans en éprouver de douleur, et la menstruation continuant à se faire régulièrement.

« De 1866 à 1867, elle est traitée à l'hôpital civil de Gand, service de M. le Dr Kluyskens, où elle subit plusieurs fois l'opération de la paracenthèse abdominale suivie une fois d'une injection iodée.

« Sortie de l'hôpital, elle se confie à M. le docteur Poirier, qui lui pratique, le 14 août 1867, une ponction produisant l'évacuation d'une vingtaine de litres d'un liquide clair albumineux. Notre collègue peut alors constater l'existence, dans le flanc gauche, d'une tumeur de la grosseur d'un bon poing.

« Au bout de quelques jours cette tumeur augmente de volume, s'accroit

(1) *Om ovariotomiens tidigare historia i England och Amerika, och operationens nuvarande standpunkt.* — *Inaug. Dissert*, Stockolm, pp. 8, 127.

(2) *Hygiea, Medicinsk. och Farmaceutisk Manads-skrift.* Stockolm, novembre et décembre 1867 et septembre 1869.

(3) *Ibid.*, feb. 1869.

graduellement, laissant percevoir une fluctuation manifeste et prend en deux mois un tel développement qu'une nouvelle ponction devient nécessaire.

« Celle-ci est pratiquée le 17 octobre et donne lieu au même résultat que la précédente sans occasionner le moindre dérangement à la patiente qui, dès le lendemain, vaque à ses occupations.

« *Prescriptions*. Badigeonnages avec la teinture d'iode sur le ventre; et à l'intérieur : pilules composées de poudre et d'extrait de ciguë à doses croissantes.

« Le 21 décembre, nouvelle ponction.

« Le 20 janvier 1868, id.

« D'autres ponctions sont successivement pratiquées à des intervalles de plus en plus rapprochés, à savoir :

« Le 24 février 1868.

« Le 27 mars

« Le 11 avril, ponction suivie d'une injection de teinture d'iode et d'alcool, de chaque 150 grammes. Une notable quantité de ce mélange reste dans le kyste et cependant la patiente n'en éprouve ni douleur ni aucun symptôme de fièvre, seulement un peu de somnolence et le lendemain elle se livre à son travail.

« A partir de ce moment, la tumeur persistante augmente rapidement de volume et de densité.

« Le 2 mai, nouvelle ponction qui donne lieu à l'évacuation d'un liquide brunâtre et plus épais que celui des ponctions précédentes.

« La menstruation cesse de se faire. La malade maigrit quoique mangeant toujours bien.

« Le 21 mai, ponction, — liquide clair, de la consistance de l'huile d'olive.

« Ponctions répétées le 1er juin, le 12 et le 24 du même mois.

« Le 19 juillet, 30 litres de liquide clair verdâtre de consistance huileuse.

« L'évacuation du liquide permet de sentir, à gauche de l'ombilic, une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme et s'étendant dans la région ilio-lombaire du même côté : cette tumeur mobile paraît cependant fixée sur plusieurs points, à droite et à gauche.

« L'état général de la malade sauf son extrême maigreur, est relativement bon. Toutes les fonctions se font bien. L'examen des organes essentiels ne fait découvrir aucune autre altération organique et le moral est excellent.

« L'extirpation de la tumeur étant proposée, elle est acceptée avec empressement par la malade, qui témoigne le désir de la subir le plus tôt possible.

« *Détails principaux de l'opération* pratiquée le 22 juillet 1868, par une chaleur tropicale qui persista les jours suivants.

« Sans parler longuement de la position de la patiente, de l'assistance des aides et du rôle attribué à chacun d'eux ; de l'anesthésie produite et maintenue à l'aide du chloroforme jusqu'à la fin de l'opération ; de la division des téguments et de l'aponévrose abdominale depuis l'ombilic jusqu'au pubis ; de l'ouverture du péritoine, de la ponction du kyste au moyen d'un gros trocart, toutes choses faites selon les règles et les précautions prescrites, nous croyons devoir signaler les particularités suivantes :

« Le kyste réduit de moitié par l'évacuation d'une partie du liquide qu'il contient, tandis qu'un aide maintient soigneusement de tous côtés la paroi abdominale en contact avec la tumeur en suivant le retrait de celle-ci, on enlève la canule du trocart.

« La main gauche de l'opérateur est ensuite introduite avec précaution entre la paroi abdominale et le kyste ; elle rencontre à droite et à gauche des adhérences qui cèdent facilement d'abord ; plus loin celles-ci deviennent plus résistantes et solides, surtout sur les points où ont été pratiquées les ponctions antérieures, ces adhérences sont détruites avec prudence au moyen des doigts d'une main tandis que l'autre main garantit le péritoine ; d'autres adhérences de l'épiploon épaissi se présentent sur toute l'étendue de son bord libre, elles sont détruites par déchirures méthodiques et avec redoublement de précaution ; il n'en résulte que très-peu d'écoulement de sang. Une adhérence à l'angle sacro-vertébral est détruite de la même manière et avec le même résultat.

« La tumeur se trouve alors libre si ce n'est en deux points : en bas et à droite, où se trouve le pédicule ; en haut et à gauche au niveau de l'extrémité antérieure de la côte flottante.

« Le pédicule qui est très-court, est lié avec un fil de soie solide par un nœud double bien serré. Un second fil est placé et serré entre le premier et le kyste pour plus de sécurité et le pédicule est coupé à ras de la tumeur.

« On s'occupe alors de la dernière adhérence d'en haut et on reconnaît que l'épiploon, la tumeur et la paroi abdominale sont solidement confondus entre eux dans l'étendue de 2 à 3 centimètres. L'épiploon est séparé par déchirure méthodique, mais l'adhérence avec la tumeur paraissant trop résistante, je me décide à l'entourer d'une ligature et à couper dans la paroi du kyste pour y laisser là une sorte de pédicule qui est maintenu au dehors au moyen du fil qui l'entoure.

« Le kyste est alors enlevé et je procède au nettoyage de la cavité abdominale. L'épanchement de sang a été jusque-là insignifiant et purement veineux.

« On cherche à s'assurer par des tractions légères si les fils portés sur le pédicule tiennent bien, mais ils lâchent prise et il en résulte un jet de sang assez fort. Je saisis incontinent avec les doigts les parties lâchées par les fils et j'y fais appliquer une pince plate à mords coudés agissant à la manière d'un clamp; derrière cette pince je traverse le pédicule ainsi maintenu et qui présente une largeur de 5 à 6 centimètres, avec une aiguille courbe armée d'un fil double bien ciré; celui-ci est coupé dans son milieu, chaque moitié embrasse une moitié du pédicule et est serrée de manière à ne plus pouvoir lâcher prise.

« On s'aperçoit alors qu'une partie du pédicule, à droite, n'a pas été comprise dans les ligatures. Je traverse cette partie, de la même manière que l'autre partie du pédicule, au moyen d'une aiguille courbe armée d'un fil double dont chaque moitié embrasse et étreint la moitié correspondante de cette portion du pédicule. Le clamp est alors placé et serré derrière les fils, et la pince provisoire qui, jusque-là, avait maintenu les parties, est enlevée. L'intérieur du ventre et le petit bassin sont ensuite nettoyés avec soin au moyen d'éponges fines humectées d'eau tiède. La partie de l'épiploon détachée en dernier lieu, laissant suinter du sang veineux, on juge utile, après mûre délibération, d'entourer cette partie d'une ligature en masse qui est maintenue dans l'angle

supérieur de la plaie où est placé plus tard un point de suture enchevillée.

« En rapprochant les bords de la paroi abdominale nous nous apercevons que la partie du kyste laissée en place pour être retenue au dehors par le fil qui l'entoure, ainsi qu'il a été dit plus haut, se trouve à une trop grande distance de ses bords.

« Ne pouvant me décider à laisser cette partie aussi profondément dans l'abdomen, j'eus l'idée de l'enlever au moyen de l'écraseur et le résultat en fut des plus heureux : l'écraseur, placé dans la rainure produite par le fil, enleva si nettement la partie qu'il embrassait qu'on pouvait à peine distinguer le point où avait été l'adhérence et qu'aucune hémorrhagie ne s'ensuivit.

« Il est procédé alors à la réunion des bords de la plaie au moyen de trois points de sutures enchevillées comprenant le péritoine pariétal et de quatre points de sutures superficielles alternant avec les précédentes et faites au moyen de fils simples n'embrassant que les téguments.

« La durée de l'opération a été de deux heures pendant lesquelles le chloroforme a été bien supporté, à part quelques vomissements.

« La patiente nettoyée et mise au lit éprouve une soif ardente, on lui donne des morceaux de glace qu'elle laisse fondre dans la bouche, et le ventre est entouré de compresses froides renouvelées souvent.

« Le soir, la soif est toujours intense, le pouls est à 140 pulsations, — hoquet, vomissements. L'émission de l'urine n'ayant pas eu lieu depuis le matin, on pratique le cathétérisme : urine peu abondante et foncée en couleur. L'opérée réclame à boire incessamment, on lui donne de l'eau glacée par cuillerées.

« 23 juillet, 9 *heures du matin* : les vomissements ont cessé, le ventre est souple, déprimé, non douloureux si ce n'est à la pression vers le haut et près du pédicule où le clamp refoule fortement la paroi abdominale, — moral excellent.

« 5 *heures après-midi* : pouls à 100 pulsations, soif toujours vive. Le clamp tendant à s'enfoncer et à excorier la peau est enlevé, le pédicule paraissant mortifié et répandant une odeur gangréneuse. La peau du ventre

relâchée laisse percevoir une ondulation de liquide dans la cavité pelvienne. J'essaie alors d'enfoncer une sonde en caoutchouc à côté du pédicule pour pénétrer jusqu'au liquide épanché, mais j'éprouve de la résistance, la malade est fatiguée, et n'y voyant pas d'urgence la chose est remise au lendemain.

« Bouillon, — petit lait — eau glacée.

« 24 *juillet* : l'opérée a passé une nuit très-agitée, réclamant sans cesse des boissons qu'on lui donne par petits verres d'une à deux cuillerées à soupe, — vomissements continuels, — pouls misérable, presque imperceptible — facies livide, ventre douloureux à la pression et fluctuant.

« Je vise immédiatement à donner issue au liquide épanché et accumulé dans la cavité pelvienne. A cet effet j'enlève la suture enchevillée inférieure près du pubis et après avoir déchiré les adhérences qui s'étaient déjà formées en ce point, je parviens, après avoir éprouvé quelques résistances, à introduire un tube en verre recourbé, jusque dans le petit bassin. Il s'échappe par ce tube une pinte environ de sérosité sanguinolente et la patiente se trouve immédiatement soulagée, le pouls se relève, il est à 100 pulsations et le facies se ranime. — Potion antiémétique de Rivière, bouillon par cuillerées, — vin d'Oporto id.

« 24 *après-midi* : Les vomissements sont moins fréquents sans avoir cessé complètement, le pouls est toujours petit, le facies abattu et l'agitation est grande. — J'enlève les chevilles du point de suture supérieure où se trouve fixé le pédicule épiploïque : celui-ci, paraissant complètement gangréné est enlevé en partie, après avoir été entouré à sa base d'une ligature. Application d'un lavement simple qui est retenu, — potion de 50 grammes contenant 5 centigrammes d'extrait d'opium par demi-cuillerées à bouche toutes les demi-heures. Les deux premières prises sont rejetées par le vomissement; la troisième est conservée, après quoi la malade s'assoupit et dort d'un sommeil paisible, respirant librement et largement : le pouls est relevé, quoique très-faible, et donnant 100 pulsations par minute.

« 25 *juillet* : le sommeil d'hier n'a duré qu'une heure, les vomissements ont continué, surtout après chaque prise de boisson. — La chaleur de la

peau a été très-forte surtout après le sommeil, pouls à 140 pulsations. — Ventre légèrement tympanisé mais peu douloureux à la pression.

« Peu de liquide est sorti par la canule en verre qui est restée à demeure, —l'aspiration au moyen d'une seringue n'en retire pas ou très-peu, — la canule est enlevée, on enlève également plusieurs fils de suture sur les points où la réunion s'est opérée. — Le besoin d'aller à selle s'étant fait sentir, on passe un lavement sans produire d'effet.

« *Prescriptions* : lavements au bouillon, compresses froides sur le ventre, que la malade réclame à chaque instant. — La température de l'atmosphère est toujours très-élevée.

« *Même jour après-midi* : état général meilleur, moral relevé, mais les vomissements se renouvellent dès que les boissons sont ingérées, la soif quoique moindre est toujours intense : tout ce que l'opérée prend lui paraît délicieux et elle boirait sans discontinuer — pouls plus élevé à 100 pulsations.

« *Prescriptions* : lavements au bouillon, pastilles au citron pour étancher la soif.

« 26 *juillet* : nuit très-mauvaise, — grande agitation, vomissements continuels — soif extrême, — pouls misérable, imperceptible — physionomie relativement bonne — yeux animés.

« Une grosse sonde en gomme élastique introduite par l'ouverture fistuleuse restée à la partie inférieure de la plaie, permet de faire par aspiration avec une seringue, l'extraction d'un liquide sanieux, brun noirâtre, d'une odeur gangréneuse : des injections d'eau tiède sont faites dans la cavité jusqu'à ce que l'eau ressorte claire, — l'opérée en éprouve un soulagement immédiat. Au moyen de l'écraseur de Chassaignac, je fais la section de la portion gangrénée de l'épiploon restée encore saillante au dehors, en ayant soin de placer la chaîne immédiatement au-dessus du fil qui le retenait. Après cette section on remarque une diminution sensible des vomissements, l'eau et le bouillon pris par cuillerées à café sont supportés. Les lavements au bouillon sont continués.

« 26 *juillet à midi*. Les vomissements ont complètement cessé ; un peu de hoquet a lieu seulement après l'ingestion des boissons. La faiblesse est

extrême, le pouls est à 130 et presque imperceptible: néanmoins, la malade est relativement mieux. Elle conserve une certaine énergie morale, demande à boire à chaque instant, en insistant vivement si on ne la satisfait pas assez vite; elle saisit alors le linge mouillé qui lui tombe sous la main pour le sucer avec avidité; elle fait de même d'une compresse vinaigrée avec laquelle on lui lave la figure. Dans l'après-midi elle sort de son lit pour prendre un vase contenant de l'eau, pendant que la garde malade était sortie un instant de sa chambre. Comme elle se plaint de renvois acides, on lui permet de prendre une cuillerée à café de poudre de magnésie calcinée qu'elle réclame elle-même.

« *4 heures après-midi.* Nouveau lavage de la plaie ou plutôt de la cavité pelvienne au moyen d'injections faites à travers la sonde en caoutchouc laissée à demeure.

« Plusieurs selles liquides eurent lieu après notre départ. La malade est en proie à une grande agitation, elle ne peut rester une minute sans se tourner dans son lit, bien qu'elle n'éprouve pas de douleur. Le ventre est souple, mou, ballonné et sans douleur à la pression.

« 9 *heures du soir*. Nouveau lavage de la plaie, lavement laudanisé qui est rendu dix minutes après. 10 gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau à l'intérieur; une demi-heure après : tendance au sommeil, respiration à 36, 2 cuillerées à café de bouillon de dix en dix minutes. Les boissons sont toujours prises avec délices par la malade, dont la physionomie et les gestes expriment la plus grande satisfaction dès qu'on les lui présente.

« 27 *juillet,* 1 *heure du matin.* Le calme a succédé à l'agitation; les extrémités, de froides qu'elles étaient, semblent reprendre de la chaleur; les couvertures, qui étaient auparavant rejetées, sont maintenant supportées.

« En résumé, l'état de la malade, malgré sa grande faiblesse, laissait encore quelque espoir. En effet, depuis la section du pédicule épiploïque, au moyen de l'écraseur, les vomissements avaient complètement cessé, les boissons et le bouillon, pris de dix en dix minutes, étaient tolérés et la malade les prenait avec plaisir, la diarrhée passagère qui s'était déclarée

avait cessé, la respiration, bien qu'accélérée, se faisait facilement et amplement, le pouls seulement ne se relevait pas.

« Cependant à 3 heures du matin, deux heures à peine après notre dernière visite, la malade expire en exhalant un léger souffle et sans faire de mouvement.

« *Autopsie*. Les bords de la plaie sont agglutinés dans toute leur étendue, sauf à la partie inférieure où existe une ouverture du calibre de la sonde qui la traversait. Cette ouverture, entourée d'adhérences à sa partie supérieure, communique avec le fond du bassin, derrière l'utérus. Un liquide sanieux d'une odeur gangréneuse occupe cette cavité sans dépasser le détroit supérieur et semble provenir de l'eschare produite par la ligature du pédicule. Cette eschare s'arrête à la corne gauche de la matrice, qui au delà de la ligature a conservé sa densité et sa couleur sans présenter de trace d'inflammation.

« Au-dessus du détroit supérieur et dans les points où ont été détruites les adhérences du kyste avec le péritoine pariétal, de nouvelles adhérences se sont formées entre celui-ci et des portions de l'intestin qui ne présente d'autre trace de phlegmasie que ces produits organiques (pseudo-membranes), mais pas de pus. Le bord libre de l'épiploon hypertrophié est légèrement adhérent au pourtour de l'ouverture qui lui donnait passage. Toutes les adhérences cèdent à une légère traction.

« En résumé, pas d'altération du côté des viscères abdominaux ; les intestins ont leur couleur normale à la surface péritonéale ; pas d'autre trace de péritonite que les produits du travail d'adhésion ; pas de pus dans la cavité abdominale.

« Les viscères thoraciques et crâniens n'ont pu être explorés ; mais en présence de la régularité de leurs fonctions durant la vie, en l'absence de symptômes d'infection purulente et de trace de péritonite, nous croyons pouvoir conclure que l'opérée est morte par épuisement.

« Fortement affaiblie physiquement avant l'opération, les vomissements l'ont accablée jusqu'à la veille de sa mort, et, chose remarquable et qui ne doit pas être perdue de vue, c'est à partir du moment où fut faite, au moyen de l'écraseur, la section de la portion d'épiploon qui avait été

étreinte par un fil laissé à demeure, que les vomissements ont cessé. Ici nous devons faire remarquer que la ligature de l'épiploon n'avait été faite qu'après mûre délibération, comme nous l'avons déjà dit. Nous nous trouvions entre deux alternatives et entre deux périls. En abandonnant l'épiploon à lui-même, nous nous exposions à un épanchement de sang dans la cavité abdominale et à la péritonite qui pouvait en être la conséquence. Le même résultat pouvait suivre l'application d'hémostatiques ou de la cautérisation. En liant l'épiploon, nous avions à craindre les vomissements par action réflexe comme dans l'épiplocèle étranglée, mais nous avions lieu de croire que la striction en produisant rapidement la gangrène et l'élimination de la partie étreinte mettrait bientôt fin à ces accidents nerveux s'ils se produisaient : nous nous prononçâmes donc, unanimement, mes collègues et moi, en faveur de la ligature, dont les suites nous paraissaient infiniment moins graves que la péritonite pouvant résulter de l'épanchement de sang ou du détritus gangréneux dans la cavité péritonéale. Le résultat nous donna tort, et il ressort de ce fait un enseignement pratique: 1° c'est que la ligature de l'épiploon en cas d'hémorrhagie, ou de gangrène de cette membrane est dangereuse et doit être rejetée ; 2° que l'écrasement linéaire peut être tenté avec avantage et nous croyons pouvoir ajouter, 3° que, au besoin, la torsion des vaisseaux, quelque nombreux qu'ils soient, est préférable à l'emploi des styptiques et de la cautérisation. »

57. 1869. France. 1° De juin 1868 au 1er avril 1869, Kœberlé pratique 25 ovariotomies nouvelles (1) : 20 guérisons, 5 morts.

Dans une note communiquée au docteur Ch. Mauriac, traducteur des *Leçons sur les maladies des femmes* de Ch. West, par le docteur Kœberlé, nous trouvons, outre le résumé de la pratique de ce chirurgien sur l'ovariotomie, une statistique des 51 opérations qu'il a pratiquées de juin 1868 au 30 octobre 1869 (2).

(1) *Gazette des hopitaux*, 1869, pp. 127, 235.

(2) Voir Ch. West, *loc. cit.*, trad. Mauriac. — Note, p. 712. — Par lettre adressée par Koeberlé à M. le Président de la Société de chirurgie de Paris et lue en séance le 1er décembre 1869, ce chirurgien déclare avoir opéré 123 ovariotomies dont 75 cas ont été publiés : sur les 68 dernières, il y a eu 11 morts.

Cette statistique renseigne 39 guérisons et 12 morts.

Une fois (obs. 116) les 2 ovaires ont été extirpés en même temps que l'utérus (tumeur fibreuse). La malade est guérie.

Une autre fois, l'ovariotomie a été pratiquée pour remédier à une rétroversion utérine qui mettait la vie en danger : l'utérus a été redressé et la guérison obtenue au bout d'un mois par la fixation du pédicule à la paroi abdominale.

Voici sommairement les autres détails :

1° *Adhérences.* Nulles : 14 cas, 13 guérisons, 1 mort.

Epiploïques : 4 cas, 3 guérisons, 1 mort.

Epiploïques et abdominales : 8 cas, 8 guérisons.

Epiploïques et abdominales graves : 2 cas, 1 guérison, 1 mort.

Epiploïques et du colon : 1 cas, 1 guérison.

Epiploïques et pelviennes : 2 cas, 2 guérisons.

Epiploïques et mésentériques très-étendues : 1 cas, 1 guérison.

Epiploïques, mésentériques et intestinales : 1 cas, 1 guérison.

Epiploïques, pelviennes, et utérines : 1 cas, 1 mort.

Epiploïques, pelviennes et abdominales : 2 cas, 2 guérisons.

Epiploïques, pelviennes, abdominales et vésicales : 2 cas, 1 guérison, 1 mort.

Epiploïques, pelviennes, intestinales et hépatiques : 1 cas, 1 mort.

Abdominales : 3 cas, 2 guérisons, 1 mort.

Abdominales graves : 1 cas, 1 mort.

Abdominales et hépatiques : 1 cas, 1 mort.

Abdominales et pelviennes : 2 cas, 2 guérisons.

Pelviennes légères : 1 cas, 1 mort.

Pelviennes : 2 cas, 1 guérison, 1 mort.

Intestinales : 1 cas, 1 mort.

Intestinales, mésentériques, utérines : 1 cas, 1 guérison.

2° *Perte de sang.* Moins de 50 grammes : 10 cas, 9 guérisons, 1 mort.

50 grammes : 3 cas, 2 guérisons, 1 mort.

100 grammes : 6 cas, 4 guérisons, 2 morts.

100 à 300 grammes : 24 cas, 19 guérisons, 5 morts.

500 à 1000 grammes : 7 cas, 5 guérisons, 2 morts.

Plus de 1000 grammes : 1 cas, 1 mort.

3° *Causes de la mort.* Epuisement, 4.
Péritonite, 6.
Septicémie, 2.

4° *Complications.* Ascite, 27. 20 guérisons, 7 morts.
Œdème, 11. 1 guérison, 10 morts.

5° *Emploi de serre-nœud ou autre constricteur du pédicule.*

a) Extra-péritonéal. Sur les 120 ovariotomies : 79 cas, 62 guérisons, 17 morts.

Sur les 51 dernières : 39 cas, 30 guérisons, 9 morts.

b) Intra-péritonéal. Sur les 120 ovariotomies : 36 cas, 20 guérisons, 16 morts.

6° *Ligature perdue du pédicule, suivie ou non de cautérisation au fer rouge.* Sur les 120 ovariotomies : 5 cas, 2 guérisons, 3 morts.

7° *Ligatures perdues sur les parties saignantes autres que le pédicule.* Sur les 120 ovariotomies : 9 cas, 6 guérisons, 3 morts.

8° *Cautérisation au fer rouge ou au perchlorure de fer, des parties saignantes autres que le pédicule.* Sur 120 ovariotomies : 15 cas, 8 guérisons, 7 morts.

9° *Tube de verre extra-péritonéal laissé à demeure.* Sur les 120 ovariotomies : 18 cas, 9 guérisons, 9 morts.

10° *Abcès intra-péritonéaux consécutifs.* Sur les 120 ovariotomies : 9 cas, 8 guérisons, 1 mort.

Les commentaires se déduiront facilement de la lecture de ce tableau.

Sur un total de 120 cas, Kœberlé aurait obtenu 84 guérisons et aurait perdu 36 malades.

2° Divers. *Succès.* Joüon, de Nantes (1), le 15 mars, Sédillot (2),

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 396. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1869, t. LXXVI, p. 565. — *Union médicale* 1869. Société de chirurgie, 26 mai 1869.

(2) *Académie impériale de médecine de Paris*, 11 mai 1869. — *Gazette médicale de Strasbourg*, n° 7.

Demarquay, le 22 juin (1), Boinet, le 19 juin (2) : le 24 août il opère pour la seconde fois une malade qu'il avait ovariotomisée la première fois, le 11 octobre 1868 (3), ce qui donne pour la statistique de ces ovariotomies répétées le 5e cas. Boinet commet donc une erreur en n'admettant qu'un seul cas en Angleterre, celui de Sp. Wells (4). Péan, à Paris, le 3 août (5), Liégeois, à Etain (Meuse), le 6 septembre (6), Ch. Isnard, de Marseille (7).

Insuccès. H. Labat, à Bordeaux (8), Boinet, à l'abbaye de Vaux de Cernay (9). Liégeois, à Donremy-la-Canne (Meuse) (10) (kyste dermoïde chez une jeune fille de 17 ans), Ch. Duval, à Gournay-en-Bray (Seine-Inférieure) (11) : Joüon, de Nantes, pratique une deuxième ovariotomie à quelques mois d'intervalle de la première, après récidive du kyste ovarien dans l'ovaire du côté opposé (12), 6e cas de ce genre.

Bilan de l'année : 13 ovariotomies, 8 guérisons, 5 morts.

3° Sur 11 ovariotomies dont 9 pratiquées dans les plus fâcheuses conditions (adhérences intimes avec les organes situés dans la partie sus-ombilicale de l'abdomen : Estomac, foie, rate, intestins et exigeant la résection

(1) Ch. Bailly. *Traitement des ovariotomisées*, p. 43.

(2) Observation personnelle in Ch. Bailly. *Traitement des ovariotomisées*, p. 21.

(3) *Gazette des hopitaux*, 1869, 434.

(4) Voir Statistique de 1866. Angleterre.

(5) *Loc. cit.*, deuxième édition, p. 113 et *Gazette des hopitaux*, 1869, p. 366.

(6) *Ibid.*, p. 358.

(7) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, p. 486, 1869. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1869, t. LXXVI, p. 504. — Le même chirurgien a pratiqué depuis deux nouvelles ovariotomies (*Gazette hebdomadaire*, 1871, p. 628. — Société de chirurgie de Paris, 15 novembre 1871). — Le docteur Panas, à l'Hôpital Saint-Louis, dans un pavillon isolé, opère le 4 août 1870, un kyste multiloculaire compliqué d'ascite et de corps fibreux utérin sessile qu'il excise après ligature : guérison en vingt-six jours (Société de chirurgie, 14 juin 1871. — *Gazette des hôpitaux*, 1871, p. 350). — Le 15 juin 1871, le même chirurgien perd de péritonite généralisée, une femme de 46 ans chez laquelle il pratiqua l'ovariotomie double pour un kyste colloïde des deux ovaires (Société de chirurgie, 26 juillet 1871. — *Gazette des hôpitaux*, 1871, p. 374).

(8) *Journal de médecine de Bordeaux*, p. 452, 1869.

(9) Le 13 août 1869. Observation personnelle in Ch. Bailly. — *Traitement des ovariotomisées*, p 84.

(10) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 559. — Depuis lors, Liégeois a opéré avec succès un kyste multiloculaire chez une femme de 61 ans (*Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 552).

(11) *Presse médicale belge*, 1870, n° 15.

(12) Séance du 24 novembre 1869. Société impériale de chirurgie de Paris.

de larges brides et de nombreuses ligatures à abandonner dans le péritoine), Péan a obtenu 8 guérisons (1).

4° Sur 25 opérations (24 malades), Boinet a eu 16 succès. Pour les 7 dernières opérées dans Paris, dans des quartiers différents mais choisis et bien aérés, 5 succès et 2 morts (celles-ci dans des opérations entreprises contre le gré de Boinet, comme un devoir imposé) (2).

Letenneur, de Nantes, sur 4 ovariotomies a obtenu 3 guérisons (3).

Italie. 1° Peruzzi réussit à Lugo.

2° *Statistique italienne du docteur D. Peruzzi*, chirurgien primaire de Lugo (4).

De 1859 à mars 1869.

1. Vanzetti de Padoue, 26 mars 1859. (Insuccès.)	28 ans, mauvaise santé. Kyste multiloculaire énorme. Mort le vingt-septième jour de péritonite ulcéreuse et perforante.
2. Vanzetti, à Vérone, 18 septembre 1860. (Insuccès.)	40 ans, mauvaise santé. Kyste multiloculaire énorme : mort par péritonite gangréneuse.
3. Peruzzi, à Sinigaglia, 6 janvier 1865. (Insuccès.)	38 ans, mauvaise santé. Kyste composé très volumineux : adhérences spléniques et pelviennes inséparables. Mort vingt-six heures après de péritonite diffuse.
4. Bezzi de Modène, 18 juin 1865. (Insuccès.)	26 ans, bonne santé générale. Kyste multiloculaire libre : mort au trente-huitième jour de pleurite avec miliaire.
5. Loreta de Bologne, 3 mai 1866. (Insuccès.)	kyste uniloculaire : mort : observation non publiée.
6. Bottini de Novare, 17 janvier 1867. (Insuccès.)	33 ans, mauvaise santé. Kyste multiloculaire énorme. Adhérences : mort en 24 heures de stock.

(1) *Gazette des hôpitaux*, p. 566. Péan a depuis pratiqué 32 fois la gastrotomie, 28 fois pour des kystes de l'ovaire : 26 malades ont guéri, 18 avaient des kystes présentant des adhérences générales et chez 4 autres ces adhérences étaient tellement intimes, qu'il dut recourir au procédé que nous avons indiqué à propos de l'incision (*Académie de médecine de Paris*, 21 novembre 1871).

(2) *Ibid.*, p. 454.

(3) Communication du docteur Guyon à la Société impériale de chirurgie, 17 novembre 1869. — *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 563.

(4) *Aperçu historique sur l'origine et les progrès de l'ovariotomie en Italie*. Lettre à M. le docteur A. A. Boinet de Paris. — *Ippocratico*, anno XXXII, 1869, 15 apr., n° 7, série III, vol. XV, p. 320. — *Bullet. della Soc. med. pubbl. per cura della Soc. med. chir. de Bologna*, 1869, anno XXX, série V, vol. VII, p. 385.

7. Idem, à Novare, 17 avril 1862. (Insuccès.)	28 ans : santé médiocre. Kyste multiloculaire. Mort le deuxième jour de péritonite diffuse.
8. Vanzetti, à Trévise, 17 novembre 1867. (Insuccès.)	Kyste volumineux. Adhérences viscérales et pelviennes graves. Mort le sixième jour de péritonite.
9. Dr Cristoforis Malacchia, à Milan, 12 décembre 1867. (Insuccès.)	50 ans : mauvaise santé. Kyste multiloculaire énorme Mort de shock en 24 heures.
10. Vanzetti, 19 mars 1868. (Insuccès.)	40 ans. Santé médiocre. Kyste composé enorme. Adhérences très-étendues pariétales et pelviennes. Mort de péritonite 40 heures après.
11. Landi, à Pise (1), 26 septembre 1868. (Succès.)	Bonne santé. Kyste uniloculaire sans adhérences : guérison en cinq semaines.
12. Peruzzi, à Lugo, 4 mars 1869. (Succès.)	44 ans. Kyste multiloculaire solide (cystosarcôme). Adhérences pariétales et vésicales peu étendues : guérison en vingt jours.
13. Malagodi, à Fano 1864. (Succès.)	Femme épuisée : opération inachevée : tumeur ovarique, solide : guérison en 10 jours.

L'auteur rapporte encore 4 autres opérations de gastrotomie pratiquées trois fois pour des tumeurs fibreuses péri et utérines, et une autre pour des tumeurs ostéosarcomateuses de l'os iliaque gauche. Les 2 dernières furent inachevées et les malades guérirent. Pour les autres, l'opération fut terminée et suivie de la mort des 2 malades, c'est ainsi que Ceccarelli pratique l'ovariotomie pour un fibrôme sous-péritonéal implanté sur les deux ovaires, et perd sa malade du shock (2).

Angleterre. Spencer Wells communique à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, le 27 avril, les résultats de la 3e série de 100 ovariotomies opérées par lui ;

Les 100 1ers cas ont donné 34 morts et 66 guérisons.

Les 100 2ds » » » 28 » 72 »

Les 100 derniers cas n'ont donné que 23 morts pour 77 guérisons.

(1) PASQUALE LANDI a opéré depuis, le 1er et le 2 avril 1870, 2 nouvelles ovariotomies dont il n'a pas fait connaître le resultat (*Giornale della R. Acad. de med. di Torino*, 10 maggio 1870, n° 15, p. 414).

(2) Voir *Journ. des connaissances médico-chirurgicales*, 1869, n° 1.

La mortalité générale pour ces 300 cas a été de 28.33 p. c. (1).

Le 14 août 1869, Spencer Wells, chez une femme de 38 ans, enceinte au 4e mois, et après la rupture d'un kyste ovarique qui avait déterminé une péritonite diffuse (l'accident remontait à 15 jours) pratique l'ovariotomie avec succès (2).

Postérieurement à cette statistique, au rapport de Bateman (3), Spencer Wells aurait opéré une femme à 4 mois de grossesse, chez laquelle il y avait péritonite aiguë par rupture du kyste : elle guérit sans avorter (4).

Bilan des ovariotomies anglo-américaines. (Les observations de Spencer Wells non comprises) :

39 cas, 8 morts : 18 fois le clamp fixait le pédicule : 2 morts : 1 de septicémie, 1 d'hémorrhagie par chute prématurée de la ligature (5).

10 fois le pédicule fut abandonné dans la cavité abdominale : 3 morts, 2 de collapsus après l'opération.

3 fois le pédicule fut lié et les fils retenus dans l'angle inférieur de la plaie abdominale ; 2 morts.

2 fois le pédicule fut compris dans la suture de la plaie (6) : un mort de pyohémie au 15e jour.

Wiltshire pratique l'opération pour un kyste rempli de sang et qui mettait les jours de la malade en danger (il y avait eu probablement torsion du pédicule) : le pédicule était très-court et donna lieu à un écoulement de sang : ligature d'une partie de l'utérus, guérison sans péritonite bien grave (7).

Thom. Keith pratique 12 nouvelles ovariotomies (Cases 73 à 84 de l'auteur) (8) : 11 guérisons, 1 mort au bout de 6 jours : ovariotomie double et pédicule maintenu au dehors.

(1) *Med. T. and Gaz*, 29 mai 1869.

(2) *The Lancet*, 18 septembre 1869. — *Lyon médical*, 7 novembre 1869.

(3) *Lancet*, 1869, sept. 18.

(4) C'est à cette ovariotomie que faisait allusion le docteur Legouest (Séance de la Société de chirurgie, 14 juin 1871).

(5) Cas Miller. *Amer. J. of med. sc.*, apr. 1869, p. 359. — *Brief notes of four addition. cases of ovariotomy.*

(6) « *Pocketing the pedicle* » Cas Lilly. *Phil. med. and surg. Rep.*, apr. 3, 1869.

(7) *Trans of the pathol. Soc.*, XIX, p. 295, 1869.

(8) *Edinb. med. J.*, jun., p. 1059, 1869.

Dans les autres cas, le clamp fut appliqué 10 fois et le pédicule lié une fois et le pansement a toujours été fait à l'acide phénique.

En nous en rapportant aux renseignements fournis par les statistiques de 1866 et de 1868 (4 décembre) et y ajoutant ceux-ci, nous obtenons pour les ovariotomies de Keith les résultats suivants :

48	premiers cas. . .	37	guérisons,	11 morts.
24	cas suivants . . .	23	»	1 mort.
12	derniers	11	»	1 »
—		—		—
84	cas,	71	»	13 morts.

Soit 15,4 p. c. de mortalité (1).

Bryant opère un kyste probablement dermoïde chez une enfant de 14 ans, non moins encore pubère et la guérit (2).

Les autres cas appartiennent aux opérateurs suivants :

J. Cutter (3), Marion Sims (4), Butler (5), Peck (6), Rohrer (7), Walker (8), Whipple (9), Graves (10), Buchanan (11), Howard (12), Emmet (13), Prioleau (14), Mootsawmy Modelly (15).

Russie. Krassowski renseigne 3 ovariotomies : 1 mort, 2 guérisons (16).

(1) Cette mortalité si minime qu'elle paraît douteuse, aurait augmenté depuis : arrivé à sa centième ovariotomie, l'auteur renseigne 19 décès, ce qui ferait 6 morts sur 16 opérations (*Journal de médecine de la Société des sc.*, etc. Bruxelles, t. L, p. 292. — *Lancet*, aug. 20, 1870).

(2) *Guy's Hosp. Rep.*, t. XIV, p. 216.

(3) *Extirpation de l'utérus et des deux ovaires.* — *New-York med. Record.*, oct. 15.

(4) *Brit. med. J.*, p. 326.

(5) *Ibid.*, apr. 3.

(6) *Utero-ovariotomie Jahresb.*, 1870, 577.

(7) *Amer. J. of med. sc.*, jun.

(8) *Lancet*, jan. 9.

(9) *Ibid.*, p. 529.

(10) *Philad. med. and surg. Rep.*, apr. 24.

(11) *Glascow med. J.*, aug., p. 433.

(12) *New-York med. Record.*, aug. 2.

(13) *Tumeur de l'ovaire compliquée de fibrôme utérin.* — *Saint-Louis Med. and surg. J.*, march, 117.

(14) *Pédicule compris dans la suture.* — *Amer. J. of med. sc.*, July, p. 81.

(15) *Obstetr. Trans.*, t. X, p. 115.

(16) Statistique citée.

Statistique des ovariotomies de Krassowski (1) :

En 5 ans, 25 ovariotomies, 24 totales, 1 partielle.

a) Des 24 totales il y a eu : 6 bilatérales, 3 guérisons, 2 morts.
18 unilatérales (11 ovariotomies droites, 7 ovariotomies gauches), 10 guérisons, 8 morts.

En tout 13 guérisons, 52.2 p. c.
11 morts, 45.8 p. c.

L'ovariotomie partielle et l'incision exploratrice furent mortelles.

b) Cas opérés à la clinique : 11 guérisons, 5 morts.
» » l'hôpital : 12 » 6 » (y compris l'ovariotomie partielle).

1 cas opéré dans la pratique civile : mort.

c) Filles vierges : 11 cas, 6 guérisons, 5 morts.
Femmes stériles : 10 » 4 » 6 »
» mères : 5 » 3 » 2 »

d) *Age* : De 15 à 20 ans : 3 cas, 2 guérisons, 1 mort.
» 20 à 25 » 7 » 4 » 3 morts.
» 25 à 30 » 5 » 2 » 3 »
» 30 à 35 » 6 » 2 » 4 »
» 35 à 40 » 2 » 1 » 1 »
» 40 à 45 » 2 » 1 » 1 »
» 54 » 1 » 1 » » »

e) Etat général satisfaisant : 12 » 8 » 4 »
Grand épuisement : 12 » 5 » 7 »

f) Poids des kystes : 3,5 à 7 kilogrammes : 6 cas, 2 guérisons, 4 morts.
7,10,5 » 7 » 3 » 4 »
10,5,14 » 8 » 5 » 3 »
Plus de 14 » 3 » 3 » » »

g) Nature des kystes : uniloculaires, 8 » 3 » 5 »
multiloculaires, 15 » 10 » 5 »
dermoïdes, 1 » » » 1 »

h) Ponctions antérieures : 2 » 1 » 1 »

(1) Krassowski. *De l'ovariotomie*, p. 67.

i) Incision : 10 à 15 centimètres, 17 cas, 9 guérisons, 8 morts.

16 à 20	»	6	»	3	»	3 »
Plus de 20	»	1	»	1	»	» »

j) Adhérences. Séparables avec la main ; 8 fois, 5 guérisons, 3 morts.

»	»	» l'écraseur : 1	»	»	»	1 mort.
»	»	» le cautère : 1	»	»	»	1 »

» » par un procédé mixte : 6 fois, 3 guérisons, 3 morts.

Peu considérables : 5 fois, 3 guérisons, 2 morts, 40 p. c.

Très-étendues : 11 fois, 5 guérisons, 6 morts, 54 p. c.

Nulles : 8 fois, mortalité 37 p. c.

2° *Divers.* Sclyphassowsky opère 2 fois avec succès (1).

La première fois à l'hôpital d'Odessa : adhérences assez étendues : kyste multiloculaire : femme de 45 ans.

La seconde opérée guérit en 3 semaines.

Puis viennent : les ovariotomies du professeur Schimanovski de Kieff, Kodé et Maslowsky, de Saint-Pétersbourg, Karawoieff de Kieff (2 cas, tous 2 morts de péritonite générale) ; Fraben, le professeur Kieter, de Saint-Pétersbourg (2), Garwitz (guérison) (3).

Allemagne. 19e cas de Stilling. Kyste des 2 ovaires, 37 ponctions. Longue durée de la maladie. Extirpation des 2 ovaires. Mort au 9e jour de trismus et de tétanos. Femme de 56 ans. 27 mai (4).

16 autres ovariotomies sont publiées en Allemagne pendant l'année et renseignent 9 morts.

G. Braun perd sa malade d'hémorrhagie par le pédicule, et l'autopsie lui fait retrouver une éponge oubliée dans la cavité péritonéale (5).

Neugebauer commet une erreur de diagnostic et opère l'extraction d'un cystosarcome de l'utérus : la péritonite emporte la malade (6).

1 *Ueber ovariotom.* — *Med. Westnik.* — *Rudnew.* 1869.
2 Krassowski, *loc. cit.*, pp. 3 et 4.
3 *Ueber ovariotomien. Medecinsky Westnik Slavjansky* (St Petersburg).
4 *Deutsch Klin.*, 1869, n° 26, p. 241.
5, *Wien med. Wochenschr.*, n° 23, 24, 1869. — *Allg. med. Zeit.*, n° 14,. 1869.
6 Scanzoni's *Beitr. zur Geb.* Bd VI, s. 123, 1839.

La péritonite détermine également la mort de l'une des deux opérées de Schwartz (1) : chez l'autre un abcès du bassin se fit jour par le vagin, mais la guérison s'ensuivit (2).

Wagner abandonne le pédicule dans l'abdomen et perd son opérée de septicémie (3).

2 ovariotomies doubles : l'une de Martin (mort de péritonite) et l'autre d'Hildebrandt (mort d'œdème pulmonaire) (4).

Erlenmeyer guérit sa malade (5).

Sur les 17 ovariotomies allemandes, 13 fois le clamp fut appliqué :

6 morts : 4 de péritonite;
1 de collapsus;
1 d'hémorrhagie consécutive (6).

Hollande. A. E. Simon Thomas à Leyde, opère heureusement l'extirpation des deux ovaires (7).

Danemark. Dôbeln (8) et Boye (9) réussissent, tandis que Rosenstad (10) et Holm (11) perdent leurs malades de péritonite.

Jusqu'en 1870, Howitz a opéré 27 fois en tout : 8 morts, 18 guérisons, une opération non terminée (rétablissement) (12).

Suède. Sköldberg opère 2 fois, perd une malade de péritonite en 15 jours et guérit l'autre en 7 semaines (13).

(1) THILENIUS *Eine ovariot., Inaug. Dissert.* GÖTTINGEN, 1869.

(2) HARMS *Eine mit glücklich. Erfolg gekrönte ovariot. Inaug. Dissert.* Göttingen, 1869.

(3) *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 5, s. 51.

(4) *Monatschr. f. Geb*, XXXIII, s. 52, u. 162, 1869. MARTIN a renseigné depuis cette époque 7 ovariotomies, pratiquées d'octobre 1870 à juillet 1871 : 5 guérisons, 2 morts (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 9 et 10, 1872).

(5) *Aerztl. Bayer. Intellig. Blatt*, n° 52, 1869.

(6) Voir pour les détails des autres ovariotomies : G. BRAUN in *Wien med. Wochenschr.*, n°s 81, 83, 84. — GUTSCHER, *ibid.*, n°s 33, 34, 35. — BRANDT, *ibid.*, n°s 74, 75.

(7) *Multilocular Cystoïd van het linker ovarium beginnende ontoarting van het rechter. dubbele ovariotomie. Ned. Tijdschr. v. Genlesk.*, p. 52.

(8) *Nord med. archiv.*, 1. — 4.

(9) *Hospitalt.*, n° 13.

(10) *Ibid.*, n° 21.

(11) *Ibid.*, n° 49.

(12) *Gynækologiske Meddelelser*, II. *Hosp.-Tid.*, 18 Aargang, pp. 13, 17, 21, 25, 45, 49, 53, 57.

(13) *Hygiea*, n°s 7 et 8.

E. Salzer (1), Salén (2) et Lénstroem (3) publient chacun un succès.

Nicolaysen opère quatre fois, sauve 3 malades (4) et perd la quatrième chez laquelle il dut abandonner l'opération par suite des adhérences. (5).

Lejen, E. (6) et Kahns (7) perdent leurs opérées.

Belgique. *Deuxième ovariotomie du professeur Soupart de Gand.*

Malade très-anémiée, infiltrée aux membres inférieurs et aux parois du ventre, lequel, au niveau de l'ombilic, présentait une circonférence de 1 mètre 10 centimètres.

Six ponctions antérieures (liquide séreux) : la dernière fut faite la veille de l'opération à l'effet d'évacuer la moitié du liquide et éviter ainsi la chance d'une syncope pendant l'ovariotomie.

Le 13 mars 1869, dans un pavillon isolé de la Maternité, après chloroformisation : incision de l'ombilic au pubis, jusqu'au péritoine exclusivement. Péritoine ouvert avec les précautions ordinaires. Ascite considérable reconnue alors. Pas d'adhérences. Kyste gros comme une tête d'adulte, appartenant à l'ovaire gauche, à pédicule étroit, lié en deux portions par un fil de soie.

L'opérateur reconnaît alors la présence d'une seconde tumeur, grosse comme une tête d'enfant, appartenant à l'ovaire droit, sans adhérences. Ligature du pédicule comme précédemment et séparation de la tumeur à un pouce de là par l'écraseur.

Toilette du péritoine : fils des ligatures placés à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Sutures enchevillées comprenant le péritoine. Sutures entrecoupées superficielles. Sonde épaisse dans la partie inférieure de la plaie et laissée dans la cavité abdominale, le long des faisceaux des ligatures.

(1) *Hygiea* n° 7 et 8, 1869, p. 311.
(2) *Ibid.*, n° 7.
(3) *Ibid.*, n° 10.
(4) *Norsk Magazin for Loegevidenskaben*, t. XXIII, pp. 11, 75 et 105.
(5) *Ibid.*, Bd 24.
(6) *Hygiea*, 1869, p. 129.
(7) *Norsk Mag. f. Loeg.* Bd 23.

Mort de péritonite diffuse le 18 mars à 7 heures du matin (1).

Je dois faire observer, nous écrit le professeur Soupart, que ce ne sont pas de véritables kystes, mais bien les deux ovaires eux-mêmes, ayant acquis chacun le volume d'une tête d'adulte et subi la dégénérescence cancéreuse à forme kysto-carcinomateuse que j'ai enlevés. En effet, ces tumeurs étaient composées de petites poches ou kystes de différentes dimensions, dont le tissu, examiné au microscope par M. le docteur Van Cauwenberghe, aujourd'hui professeur d'accouchements à l'Université, présentait les éléments histologiques suivants :

1° Un réseau vasculaire à larges mailles;

2° Une faible quantité de tissu conjonctif suivant le trajet des vaisseaux, en subdivisant en mailles plus petites les espaces circonscrits par ces derniers et formant ainsi un stroma très-délicat dont les cavités étaient remplies de :

3° Cellules de toutes formes et de toutes dimensions agglutinées entre elles par une substance intercellulaire amorphe très-visqueuse.

Au voisinage des cavités centrales de la tumeur, tous les éléments cellulaires étaient en voie de dégénérescence graisseuse.

Il est encore à observer que les tumeurs elles-mêmes contenaient très-peu de liquide et que l'énorme développement du ventre était dû à de la sérosité accumulée dans la cavité abdominale (ascite).

Première ovariotomie du professeur De Roubaix de Bruxelles. Voici les renseignements qu'a bien voulu me communiquer l'habile chirurgien de Saint-Jean, avec une obligeance dont je le remercie encore une fois ici :

« Nous n'avions reconnu chez la femme qu'une tumeur ordinaire, mobile, et composée de kystes multiples et de parties dures. La première partie de l'opération ne présenta rien de particulier. La mise à nu de la tumeur, la ponction, l'évacuation du liquide, l'extraction de la tumeur ne présentèrent aucune particularité ni aucune difficulté. Le pédicule était mince et long, et rien ne fut plus facile que d'y appliquer le clamp de

(1) *Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1871, p. 233 (*Kyste double ovarique. Ovariotomie, mort*).

Spencer Wells. Je me félicitais déjà d'avoir eu affaire à un cas si avantageux, quand, ayant porté la main dans l'abdomen pour constater la manière d'être du second ovaire, je le trouvai aussi malade. Il formait une tumeur du volume d'une grosse tête d'enfant, adhérente à toute la partie supérieure de l'excavation pelvienne, au rectum et aux organes contenus dans la partie gauche du ligamment large. Elle était comme maçonnée dans cette position, tant les adhérences étaient solides. Je me décidai cependant à chercher à détacher la tumeur; mais je ne pus, en employant les plus grands efforts, que la détacher par tronçons, dont quelques-uns donnèrent lieu à une hémorrhagie assez abondante. L'artère ovarique fut ouverte, et dut être liée. La ligature coupée très-près du nœud, fut abandonnée dans l'abdomen. En somme, je finis par enlever, je crois, toute la tumeur, en ne laissant dans le bassin que des lambeaux d'adhérences; mais j'avais perdu un temps assez long à procéder à cette pénible extraction et de plus, je fus exposé à un suintement consécutif provenant des parties lacérées.

« Les suites de l'opération ne furent d'abord pas trop inquiétantes. Mais dès le lendemain, si je me rappelle bien, il survint des symptômes de péritonite qui ne firent qu'augmenter jusqu'à la mort, qui survint, je pense, le 3e jour.

« L'autopsie révéla l'existence de la péritonite. »

Ovariotomie du professeur Borlée de Liége. Il s'agissait d'une jeune fille de 26 ans, dans les meilleures conditions physiques et morales. Deux ponctions antérieures.

L'opération fut pratiquée à Chaudfontaine le 9 novembre 1869. Incision de 12 centimètres, prolongée ensuite de 4 centimètres. Adhérences molles avec le foie, l'épiploon gastro-hépatique; nulles avec les parois abdominales. Pédicule de 8 centimètres de longueur; lié et retenu ensuite au dehors par le constricteur à chaîne métallique de Mathieu. Sutures métalliques profondes ne comprenant pas le péritoine : sutures entortillées superficielles. Durée de l'opération : 1 heure et demie. Mort au 8e jour de sidération nerveuse, d'hyposthénie.

Le kyste était multiloculaire, volumineux et appartenait à l'ovaire gauche (1).

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1870, p. 1013.

Les chirurgiens belges, pour avoir commencé un peu tard, n'en sont pas moins entrés résolument aujourd'hui dans la voie tracée par les illustrations chirurgicales de tous les pays.

Depuis le 1er janvier 1870, d'assez nombreuses ovariotomies, parmi lesquelles nous sommes heureux de signaler trois succès appartenant au même opérateur, le docteur G. Boddaert, de Gand, sont venues démontrer que sur notre sol, comme en Amérique, en Angleterre et aujourd'hui en France, une ancre de salut est assurée aux malheureuses affligées d'un kyste de l'ovaire.

Le retard subi pour l'impression de ce travail, nous permet d'intercaler ici l'histoire sommaire de ces opérations, que nous présenterons d'après leur ordre chronologique. Ainsi, outre l'opération du professeur Burggraeve, que nous avons reproduite en son lieu (*Ephémérides*, 1851), celle qu'a pratiquée Spencer Wells à l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles (*Ibid.*, 1865), celle du professeur Soupart, de Gand (1868) et enfin l'ovariotomie d'un chirurgien de province, dont la malade a succombé à la péritonite, et à qui nous avons inutilement demandé les détails de son opération, il nous reste à faire connaître :

1870. — 4 avril. *Deuxième ovariotomie du professeur* De Roubaix, *de Bruxelles*. — Femme de 27 ans. — Une ponction antérieure. — Kyste multiloculaire à contenu colloïde pour une poche, brunâtre pour l'autre.

Incision prolongée à cause du volume de la tumeur (11 à 12 centimètres). Pas d'adhérences. — Deux sutures profondes ne comprenant pas le péritoine, une troisième suture comprend toute la paroi abdominale et le pédicule. — Six points de suture superficielle n'intéressant que la peau. — Clamp de Spencer Wells et pédicule maintenu au dehors. — Durée de l'opération, y compris le pansement : une heure et demie.

Mort de péritonite le 6 avril à onze heures du soir (*Presse médicale belge*, 1870, p. 215, n° 27).

6 juillet. *Ovariotomie de* Boinet *à Gand*, avec le concours du professeur Lefebvre, de Louvain, et des docteurs Blariau et Willems, de Gand. — Guérison. — Observation non publiée (Voir *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1871, p. 714. Communication du professeur Lefebvre).

17 octobre. — *Première ovariotomie du docteur* G. Boddaert, *de Gand*. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, compliqué d'ascite. — Demoiselle de 29 ans, toujours bien menstruée : la tumeur a débuté il y a trois ans. Ponction exploratrice : liquide visqueux, épais, gris brunâtre

Manuel opératoire. — Incision de 12 centimètres, des téguments d'abord, du péritoine ensuite avec les précautions ordinaires. — Première loge, adhérente à la paroi abdominale et à l'épiploon, vidée et fermée par une pince à larges mords plats pour permettre l'extraction d'une seconde poche non adhérente. Clamp circulaire de Spencer Wells et pédicule maintenu dans l'angle inférieur de la plaie.

Toilette du péritoine. — Sutures comprenant le péritoine avec toute l'épaisseur des parois abdominales, et placées au moyen des aiguilles de Clover, de la pince porte-aiguille de Spencer Wells et du fil spécial dont se sert ce chirurgien.

Perchlorure de fer sur le moignon du pédicule : plaie recouverte de pièces de lint et de deux petits sachets de poudre anglaise (pour l'absorption des odeurs). Couche épaisse d'ouate dans le creux épigastrique. Le tout fixé par des emplâtres agglutinatifs.

Durée de l'opération, pansement compris : trois quarts d'heure.

Au résumé, on a pratiqué en Belgique, 16 ovariotomies sur lesquelles 7 guérisons ont été obtenues.

Guérison radicale le 12 novembre (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1871, p. 800.)

1871. Août. — *Ovariotomie de* Spencer Wells *à Gand.* — Guérison. Observation non publiée (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1872, p. 484. — Communication du docteur Boddaert).

12 septembre. *Ovariotomie de* Stilling, *(de Cassel), à Namur.* Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Demoiselle de 24 ans. — Tumeur datant de deux ans et demi. Ponction le 7 janvier 1871 (8 litres d'un liquide visqueux, très-épais, de couleur brunâtre). Deuxième ponction le 21 mars, suivie d'injection iodée (symptômes d'inflammation qui exigent neuf semaines de traitement). Troisième ponction le 19 juin (rétablissement rapide). Quatrième ponction le 3 août (12 litres de liquide).

Manuel opératoire (aides : le professeur Lefebvre, de Louvain, avec les docteurs Hamoir et Dethier, de Namur) : Incision de 8 centimètres, à deux travers de doigt de l'ombilic. Adhérences abdominales et épiploïques. — Pédicule large, long de 7 à 8 centimètres que Stilling étreignit par sept ligatures animales, se réunissant l'une à l'autre. Pédicule excisé et abandonné dans la cavité abdominale. Trois sutures profondes avec fil de chanvre et comprenant le péritoine. Trois sutures superficielles.

Durée de l'opération : 40 minutes.

Guérison radicale le 22 novembre. Règles revenues le 15 janvier suivant (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1872, p. 488. Communication du docteur Hamoir).

11 octobre. *Deuxième ovariotomie du docteur* G. Boddaert, *de Gand.* Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Demoiselle de 22 ans. Tumeur datant de six ans, énorme. Circonférence du corps au niveau de l'ombilic : 1 mètre 64 centimètres et 1 mètre 8 centimètres de l'appendice xyphoïde au pubis. Etat général mauvais.

Ponction le 29 novembre 1870 de la poche principale (101 pintes : ou un demi-hectolitre) : il restait deux loges grosses comme une tête d'adulte. Traitement tonique.

Manuel opératoire.— Anesthésie par le bichlorure de méthylène (18 grammes), à l'aide de l'appareil du docteur Junker. Incision de 10 centimètres. Adhérence complète avec la paroi abdominale. Pédicule de 6 centimètres, large de 4 centimètres, membraneux. Nouveau clamp de Spencer Wells. 8 points de suture profonde, 2 points de suture superficielle.

Durée de l'opération, pansement compris : 25 minutes.

Shock intense, fort inquiétant, mais qui se dissipe au bout de trois heures. Fils retirés au sixième jour. Au huitième, ouverture d'un petit abcès superficiel formé au-dessous du pédicule. Chute du clamp au douzième jour.

Sortie de la malade au vingt et unième jour (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1872, p. 481).

6 décembre. *Ovariotomie du professeur* Michaux, *de Louvain.* Kyste multiloculaire.

Femme de 35 ans, dans de mauvaises conditions générales.

Manuel opératoire. — Procédé de Koeberlé. Adhérences lâches avec les parois abdominales antérieures, mais nombreuses et intimes avec le foie et les intestins : elles doivent presque toutes

En négligeant le contingent apporté à cette statistique par les chirurgiens étrangers (Spencer Wells (deux), Boinet et Stilling), il reste **12** ovariotomies avec 4 guérisons et 8 morts. C'est en définitive un résultat fort encourageant.

être divisées au bistouri : les vaisseaux furent liés avec des cordes à boyau macérées dans une solution d'acide phénique avec de l'huile de lin.

L'opération dura trois heures.

Péritonite généralisée et mort le surlendemain, 8 décembre à deux heures du matin (Communication due à l'obligeance de mon vénéré maître, le professeur Michaux).

1872. 28 février. *Troisième ovariotomie du professeur* De Roubaix, *de Bruxelles.* Kyste multiloculaire à contenu colloïde.

Femme de 32 ans, célibataire. Deux ponctions antérieures.

Opération pratiquée à la campagne. Adhérences avec les parois abdominales antérieures et l'épiploon. Extraction de la poche par les procédés de Krassowski (kyste transfixé par son trocart recourbé et dont on se sert comme d'un levier; fonds du kyste empoigné à pleine main, poche retournée comme un doigt de gant et attirée ainsi au dehors. — Voir *Méthodes et détails opératoires*). Clamp de B. Brown. Pédicule divisé par le cautère cultellaire et abandonné dans la cavité abdominale.

Sutures à fils d'argent : aiguille de Simpson pour suturer les points profonds qui comprennent le péritoine dans l'étendue d'un pouce et demi. Torsion des fils par la pince de De Roubaix. Bandage unissant du même.

L'opération a durée 3/4 d'heure.

Hémorrhagie intrà-abdominale et shock : mort le 1er mai à six heures du matin (*Presse médicale belge*, 1872, n° 24).

7 mai. *Troisième ovariotomie du docteur* G. Boddaert, *de Gand.* Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

Fille de 31 ans, rachitique. Une ponction antérieure.

Anesthésie par le bichlorure de méthylène (18 grammes). Adhérences antérieures abdominales et épiploïques complètes. 4 ligatures sur les vaisseaux des adhérences. Pédicule court (3 centimètres). Clamp angulaire placé dans l'angle inférieur de la plaie. 5 points de suture profonde avec fils de soie.

Durée de l'opération et du pansement : 25 minutes. Perte de sang insignifiante.

Chute du clamp au douzième jour. Guérison assurée au quinzième (*Scalpel*, 1872, n° 49).

(*Note ajoutée pendant l'impression*).

Tableau des opérateurs qui ont pratiqué au moins deux ovariotomies, avec le résultat de leurs opérations.

NOMS des OPÉRATEURS.	GUÉRISONS.	MORTS.	CHIFFRE D'OPÉRATIONS.	NOMS des OPÉRATEURS.	GUÉRISONS.	MORTS.	CHIFFRE D'OPÉRATIONS.	RÉSULTATS INCONNUS.
Ackley.	1	1	2	Report . . .	361	191	552	
Atlee, J. L.	2	2	4					
Atlee, W. L.	118	51	169	Edwards.	»	2	2	
Arrowsmith.	1	1	2	Elkington.	1	2	3	
				Erichsen.	1	2	3	
Backenheimer.	1	1	2	Evans, A.	1	1	2	
Bardeleben.	1	1	2					
Barnes.	3	»	3	Farrell, J.	2	»	2	
Baum.	»	3	3	Fletcher.	1	1	2	
Bayless.	1	1	2	Forster, C.	»	3	3	
Bennett Ezra.	2	1	3	Freund.	»	3	3	
Billroth.	3	1	4	Fries, G.	1	1	2	
Bird.	26	6	32					
Black.	1	1	2	Gamgee, S.	3	4	7	
Blackman.	1	2	3	Gay.	1	1	2	
Boinet.	16	9	25	Gosselin.	2	2	4	
Bottini.	»	2	2	Granville.	1	1	2	
Boye.	3	»	3	Grimsdale.	1	2	3	
Bradford.	2	1	3	Gusserow.	1	1	2	
Breslau.	1	2	3					
Brown, B.	59	33	92	Hamilton, J. W.	3	1	4	
Bryant, T.	8	5	13	Handyside.	»	2	2	
Buckner, J. P.	3	1	4	Hayny.	»	2	2	
Buchanan, G.	2	1	3	Howard, R. L.	2	2	4	
Bühring.	1	3	4	Howitz.	19	8	27	
Buren (Van).	1	1	2	Humphry.	3	1	4	
Burns.	1	1	2	Hutchinson.	7	5	12	
Butcher.	2	»	2					
				Jackson.	4	1	5	
Childs, B.	2	3	5	Joüon.	1	1	2	
Chrysmar.	1	2	3					
Clay Ch.	80	37	117	Karawaieff.	»	2	2	
Crouch.	2	»	2	Keith, T.	71	13	84	
Crume.	1	1	2	Kimball.	2	1	3	
Cutter, J. B.	1	1	2	King.	3	»	3	
				Kiwisch.	2	3	5	
Dean.	1	1	2	Knorre.	1	3	4	
Demarquay.	1	5	6	Koeberlé.	84	36	120	
Desgranges.	3	2	5	Krassowsky.	13	12	25	
Dohloff.	1	2	3	Kuchenmeister.	1	2	3	
Dudley, E. L.	1	1	2					
Dunlap.	7	5	12	Labbé.	4	3	8	1 résul. inconnu.
				Lacroix.	3	»	3	
Total à reporter.	361	191	552	Total à reporter.	600	315	916	

(Suite) tableau des opérateurs qui ont pratiqué au moins deux ovariotomies, avec le résultat de leurs opérations.

NOMS des OPÉRATEURS.	GUÉRISONS.	MORTS.	CHIFFRE D'OPÉRATIONS.
Report. . .	600	315	916
Lane.	11	2	13
Langenbeck.	3	4	7
Letenneur.	3	1	4
Liégeois.	2	1	3
Lizars.	3	1	4
Lyon.	»	2	2
Mc Dowell.	7	1	8
Mc Ruer.	3	»	3
Maisonneuve.	»	6	6
Martin.	1	2	3
Marriott.	2	»	2
Miller.	4	»	4
Mootoosawmy.	2	»	2
Morgan (de C.).	2	»	2
Mott.	»	2	2
Murray.	3	1	4
Mussey, R. D.	2	1	3
Nélaton.	9	8	17
Nelson, Rob.	2	»	2
Neugebauer.	1	1	2
Nicolaysen.	4	1	5
Nusbaum.	18	16	34
Page.	1	3	4
Paget.	1	2	3
Parkman.	1	1	2
Péan.	9	2	11
Peaslee.	7	3	10
Peruzzi.	1	1	2
Pope.	2	3	5
Priestley.	1	1	2
Prince.	1	1	2
Quittenbaum.	2	»	2
Regnault.	2	»	2
Richard.	»	4	4
Richet.	»	2	2
Ruyes, J.	2	»	2
Total à reporter.	712	388	1101

NOMS des OPÉRATEURS.	GUÉRISONS.	MORTS.	CHIFFRE D'OPÉRATIONS.	RÉSULTATS INCONNUS.
Report. . .	712	388	1101	
Scanzoni (Von).	1	2	3	
Scharlau.	1	1	2	
Schuh.	»	2	2	
Schwartz.	1	1	2	
Schweder.	1	1	2	
Sclyphassowsky	2	»	2	
Sédillot.	1	1	2	
Serre (d'Alais).	2	»	2	
Siebold.	1	1	2	
Simon, G.	1	1	2	
Simpson, J. Y.	2	»	2	
Sims, Marion.	2	»	2	
Sköldberg, Sven.	5	4	9	
Smith, A. G.	2	2	4	
Smith, H.	1	1	2	
Smith, N.	3	»	3	
Smith, Protheroe	1	2	3	
Smith, T.	16	5	21	
Solly Samuel.	1	1	2	
Southam.	3	2	5	
Spiegelberg.	3	»	3	
Stilling (1).	8	10	18	
Tanner.	5	3	8	
Teale, T. P.	1	1	2	
Thiersch.	1	»	3	2 résultats inconnus.
Thompson, R.	1	»	2	
Trowbridge.	2	»	2	
Vanzetti.	»	4	4	
Wagner.	1	4	5	
Walne.	4	3	7	
Warren.	1	1	2	
Weber.	1	1	2	
Wells, S.	215	85	300	
West.	3	1	4	
Williams.	2	»	2	
Wilson.	3	1	4	
Totaux.	1010	529	1543	3 résultats inconnus.

(1) Nous omettons le cas d'extirpation de l'utérus.

CHAPITRE III.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OVARIOTOMIE (1).

1. Pour juger en tout état de cause ce point important d'une opération difficilement acceptée aujourd'hui encore par des chirurgiens de mérite, nous devons envisager la question sous deux points de vue d'égale valeur :

1° D'une manière absolue en examinant :

a) Si par sa comparaison avec les grandes opérations de la chirurgie, on peut en déduire sa légitimité.

b) Les accidents auxquels elle donne lieu directement.

c) Ses avantages.

2° D'une manière relative aux conditions de l'opération elle-même.

ARTICLE PREMIER. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS ENVISAGÉES D'UNE MANIÈRE ABSOLUE (2).

1. Comparaison de l'ovariotomie avec les autres grandes opérations chirurgicales.

1. *Mortalité.* On l'a crue et on l'a dite beaucoup plus considérable pour l'ovariotomie que pour toute autre grande opération.

Il faut pour ce point et nous avons du reste à y revenir, tenir compte de l'époque à laquelle l'ovariotomie a été pratiquée et par conséquent du perfectionnement dont l'opération a été susceptible dans ses procédés; des circonstances dans lesquelles elle a été exécutée, de l'habileté de l'opérateur, des moyens de diagnostic dont il pouvait disposer; de la précision qu'on pouvait donner aux indications; toutes conditions acquises depuis longtemps pour les autres grandes opérations.

2. Voyons néanmoins les renseignements que nous fournissent les statistiques établies pour les autres opérations :

(1) Voir Sédillot in Pingaud. *Des indications et contr'indications de l'ovariotomie*, 1863, Strasbourg.

(2) Voir Courty. *Malad. de l'utérus*, p. 956 et suivantes.

1° *Amputations :*

Des membres y compris les doigts et les orteils	(Malgaigne) (1)	852	cas	520	guérisons	332	morts	38,96	°/₀
Id	(Lawrie) (2)	276	»	175	»	101	»	36,59	»
Id.	(Churchill) (3)	72	»	37	»	35	»	48,61	»
Id.	(Frélat) (4)	1144	»	622	»	522	»	45,63	»
Id.	(Lefort) (5)	279	»	160	»	119	»	42,65	»
							moyenne	42,48	»

De la cuisse	(Malgaigne) (6)	201	cas,	126	morts,	62	°/₀.		
Id.	(Chenu) (7)	1666	»	1531	»	92	»		
Id.	(Syme)					65	»	moyenne	73,00 »
De la cuisse et de la jambe	(Curling)	134	»			41	»	»	41,00 »
De la jambe	(Malgaigne)	192	»	106	»	55	»		
» »	(Chenu)	1255	»	903	»	71	»	moyenne	63,00 »
Du bras	(Malgaigne)	91	»	41	»	45	»		
» »	(Chenu)	1175	»	654	»	56	»	moyenne	50,50 »
De l'avant-bras	(Malgaigne)	28	»	8	»	28	»		
» »	(Chenu)	337	»	154	»	46	»	moyenne	37,00 »

Ce qui donne pour les amputations en général : 51,56 °/₀ de mortalité.

2° *Désarticulations* :

Du coude	(Legouest)			48 °/₀	de mortalité.		moyenne	48,00 »
De l'épaule	(Id.)			59 »	»	»		
» »	(Chenu)	222 cas,	137 morts,	62 »	»	»	moyenne	60,50 »
Coxo-fémorale	(Cox)	24 »	18 »	75 »	»	»		
» »	(Legouest)			87,7 »	»	»		
» »	(Chenu)	20 »	20 »	100 »	»	»	moyenne	87,56 »
Du genou	(Legouest)			87 »	»	»		
» »	(Chenu)	69 »	63 »	92 »	»	»	moyenne	89,50 »
Du pied	(Id.)	156 »	117 »	75 »	»	»	moyenne	75,00 »

La moyenne générale est de 76,2 °/₀.

3° *Ligature des grandes artères* :

Statistique	Philipps	171 cas,	57 morts	33,33 °/₀
»	Inman	199 »	66 »	33,16 »
»	Norrit (8)	122 »	46 »	37,70 »
»	Nélaton (9)	9 »	6 »	66,66 »
»	Inman (Sous-Clavière)	40 »	18 »	45,00 »

(1) La statistique Malgaigne comprend les résultats des hôpitaux de Paris de 1836 à 1841.
(2) Amputation pratiquée à l'infirmerie de Glascow de 1795 à 1840.
(3) *Id.*, à l'infirmerie d'Edimbourg de 1839 à 1843.
(4) *Pratique des hôpitaux de Paris des quelques années qui ont précédé* 1861.
(5) *Gazette hebdomadaire*, 1861.
(6) Voir Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 87.
(7) *Gazette des hôpitaux*, 1865, nᵒˢ 52, 54, 57.
(8) Malgaigne. *Médecine opératoire*, p. 161.
(9) Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 89.

La moyenne est de 43,17 %.

4° *Herniotomies* :

Statistique Malgaigne (1)	220 opérations,	133 morts	60,45 %
» des hôpitaux de Londres	266 »	135 »	50,75 »
» particulière de Textor	56 »	24 »	42,50 »
» de Cooper	77 »	36 »	46,76 »

La moyenne est de 50,11 %.

5° *Lithotritie* :

(Velpeau in statistique Malgaigne)	24 cas.	4 morts,	16,66 »
(Dans les hôpitaux de 1836 à 1842, ibid.)	38 »	11 »	28,94 »
Pratique de Civiale, ibid.	40 »	10 »	25,00 »

La moyenne est de 23,53 %.

6° *Taille* :

De 1836 à 1842. Relevé Malgaigne	75 »	28 »	37,33 »

La moyenne générale pour toutes ces grandes opérations est de 46,98 %.

3. Voyons si les statistiques de l'ovariotomie sont aussi désatreuses :

1844.	Statistique de Jeaffreson	74 cas,	24 morts,	32,51 %	de mortalité.
	» de Philipps	81 »	32 »	39,50 »	»
	» de Chereau	65 »	23 »	35,38 »	»
1845.	» de W. L. Atlee	100 »		37,6 »	»
1846.	» de Th. S. Lee	114 »	40 »	35,08 »	»
1851.	» de W. L. Atlee	159 »	62 »	38,99 »	»
	» de Rob. Lee	162 »	61 »	37,65 »	»
1856.	» de Fock	292 »	120 »	41,09 »	»
	» de Murray Humphry	61 »	25 »	40,98 »	»
	» de G. Lyman	299 »	120 »	40,13 »	»
1858.	» de Barnes	183 »		33,33 »	»
	» de G. Simon	64 »	46 »	71,87 »	»
1859.	» de Hamilton	51 »	27 »	52,95 »	»
1860.	» de J. Clay (2)	537 »	238 »	44,33 »	»
	» de Otto von Franque	26 »	11 »	42,30 »	»
1862.	» de Gurlt	75 »	30 »	40,10 »	»
	» de Messchaert	510 »	225 »	44,11 »	»
1863.	» de Barbosa	669 »	312 »	46,63 »	»
1864.	» de Walsh	754 »	324 »	42,97 »	»
	» de W. L. Atlee	179 »	59 »	32,96 »	»

(1) HERRERA-VEGAS, *loc. cit.* p. 88.

(2) En comprenant le chiffre total des opérations qui constituent ses Tables.

1866.	» de Negroni	250 cas,	94 morts,	37,60 °/₀ de mortalité.	
1867.	» de Laskowski	100 »	35 »	35,00 »	»
	» de Boinet	122 »	73 »	59,83 »	»

La moyenne pour l'ensemble de ces statistiques dont quelques-unes ont été établies dans un but hostile à l'ovariotomie (Lee, Simon) est de 41,82 °/₀ de mortalité.

4. En mettant en regard les résultats renseignés par les principaux ovariotomistes, nous obtenons :

S. Wells	300 cas,	28,33 °/₀ de mortalité	(1).
W. L. Atlee	169 »	30,17 » »	
Kœberlé	120 »	30,00 » »	
Ch. Clay	117 »	31,62 » »	
B. Brown	92 »	35,86 » »	
Keith	84 »	15,45 » »	(2)
Nusbaum	34 »	47,05 » »	
Bird	32 »	18,74 » »	
Howitz	27 »	29,62 » »	
Krassowski	25 »	48,00 » »	
Boinet	25 »	36,00 » »	
T. Smith	21 »	23,80 » »	
Stilling	18 »	55,55 » »	
Nélaton	17 »	47,05 » »	
Lane	13 »	15,38 » »	
Bryant	13 »	38,46 » »	
Dunlap	12 »	41,66 » »	
Hutchinson	12 »	41,66 » »	
Péan	11 »	18,18 » »	(3)
Peaslee	10 »	30,00 » »	
	1152 »	32,64 °/₀ de mortalité.	

(1) D'après des renseignements particuliers fournis à Courty (*loc. cit.*, deuxième édition, p. 1092 et 1093) Spencer Wells comptait au 15 octobre 1871 :

Dans le quatrième cent d'ovariotomies 22 °/₀ de mortalité.
Dans les 44 dernières. . . . . . . 22,72 »

Ce qui donnait pour un chiffre total de 444 ovariotomies, 327 guérisons et 117 morts, soit 26,35 °/₀ de mortalité. Sur 20 cas pratiqués à l'hôpital il y a eu 13 guérisons (*Med. Trans. and Gaz.*, t. I, p. 186 et 336. Voir aussi : *Livret de* Spencer Wells *pour les cas de tumeurs des ovaires et de l'abdomen*, traduction de G. Boddaert. Gand, 1872).

(2) Des 100 ovariotomies publiées par Thom. Keith jusqu'à ce jour (*Lancet*, aug. 20, 1870) il renseigne 22 °/₀ de morts sur les 50 premières et 16 °/₀ seulement sur les 50 dernières.

D'après une communication particulière faite à Courty et renseignée dans la deuxième édition de son *Traité des maladies de l'utérus* (p. 1092), Thom. Keith à la date d'octobre 1871 aurait pratiqué 129 ovariotomies parmi lesquelles 104 guérisons, 25 morts (mortalité 19,3 °/₀).

(3) Au 20 novembre 1871, Péan avait pratiqué 43 fois la gastrotomie, le plus souvent pour des kystes de l'ovaire : il a obtenu 34 succès et n'a perdu que 9 malades : 20,8 °/₀ (*Gazette des hôpitaux*, 25 novembre 1871).

5. Si nous reprenons maintenant les ovariotomies en les classant d'après les divers pays où elles ont été pratiquées, nous obtenons le tableau suivant : (s'arrêtant au 1er janvier 1870) (1).

DÉSIGNATION des PAYS.	Ovariotomies pratiquées en nombre plus considérable qu'une fois.				Ovariotomies pratiquées une seule fois.				TOTAL GÉNÉRAL.			
	Nombre d'ovariotomies.	Guérisons.	Morts.	Mortalité pour 100.	Nombre d'ovariotomies.	Guérisons.	Morts.	Mortalité pour 100.	Nombre d'ovariotomies.	Guérisons.	Morts.	Mortalité pour 100.
Angleterre	821	572	249	30,32	210	118	92	40,38	1031	690	341	33,07
Amérique	310	206	104	33,54	159	92	67	42,13	469	298	171	36,46
France	223	141	81 (2)	36,32	83	33	50	59,75	306	174	131	42,62
Allemagne	132	58	72 (3)	54,54	125	45	78 (4)	62,31	257	103	150	58,37
Russie	27	15	12	44,44	14	5	3 (5)	»	41	20	15	36,58
Suède	13	9	4	30,76	18	13	5	»	31	22	9	29,03
Italie	8	1	7	87,50	14	4	10	»	22	5	17	77,27
Danemark	9	8	1	11,11	6	4	2	»	15	12	3	20,00
Belgique	»	»	»	»	4	1	3	»	4	1	3	75,00
Hollande	»	»	»	»	2	2	»	»	2	2	»	»
Pologne	»	»	»	»	3	1	2	»	3	1	2	»
Suisse	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1	»	»
Espagne	»	»	»	»	1	»	1	»	1	»	1	»
Chine	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1	»	»
Nouvelle-Zélande	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1	»	»
Inconnus	»	»	»	»	2	»	2	»	2	»	2	»
(6) Totaux.	1543	1010	530	34,34	644	321	315	48,83	2187	1331	845	38,60

(1) En 1870, la statistique anglo-américaine renseigne 182 cas d'ovariotomie, avec 131 guérisons 50 morts et 1 résultat non renseigné. En Allemagne : 20 cas, 9 guérisons, 11 morts. En France 7 cas, 4 guérisons, 3 morts (*Jahresber.*).

(2) 1 résultat incon. (3) 2 résultats incon. (4) 2 résultats incon. (5) 6 résultats inconnus.

(6) Dans la statistique de J. Clay, les cas sont ainsi répartis pour les ovariotomies complètes :

Grande-Bretagne	222 cas,	127	guérisons,	95	morts.
Allemagne	51 »	13	»	35	»
Amérique	113 »	64	»	49	» (a)
Inconnu	9 »	8	»	1	»

(Comprend les 14 premières opérations de Spencer Wells, 5 morts ; les 9 premières opérations de B. Brown, 7 morts ; les 12 premières opérations de Bird, 4 morts).

(a) A partir de 1860, Atlee a opéré 96 ovariotomies.

En retranchant l'Amérique dont la statistique est douteuse, et en ajoutant, comme le conseille Lefort, 1/4 °/₀ à la mortalité pour opérations inachevées ou mal renseignées, nous arrivons aux résultats définitifs suivants :

1° Pour les ovariotomies pratiquées plus d'une fois par le même opérateur	43,18 °/₀	de mortalité.
2° Pour les ovariotomies pratiquées une seule fois.	63,01 »	» »
3° Pour le total général	49,01 »	» »

Comme on le voit, la proportion reste à peu près la même que pour le tableau des grandes statistiques (41.82 °/₀ de mortalité, soit, avec le 1/4 °/₀ des opérations mal renseignées : 52.27 °/₀).

De leur côté, les grandes opérations nous ont donné une moyenne générale de 46.98 °/₀ de mortalité, et avec le 1/4 °/₀ qu'on doit faire intervenir tout aussi logiquement ici que pour les ovariotomies : 58.72 °/₀.

6. On doit dans l'appréciation qu'on peut faire des éléments fournis par les statistiques, tenir compte des causes d'erreur que donne la non-publicité des insuccès comme aussi des guérisons publiées qui ne se sont pas maintenues, ainsi que cela arrive en collationnant les observations contenues dans les recueils ou journaux scientifiques. Cependant on peut faire un choix judicieux d'observations comme l'a fait Jules Worms, établir certains rapprochements et tirer des conclusions comparatives, des conditions où l'on se trouvait avant d'opérer. On peut se fier aux statistiques de B. Brown, Spencer Wells, Kœberlé qui se sont engagés à donner les insuccès comme les succès de leurs opérations : il en est de même des statistiques puisées dans les hôpitaux qui sont généralement bien faites.

Lorsqu'on cherche à chiffrer des conclusions d'après le nombre total des opérations connues, et plus celui-ci est considérable, mieux ça vaut pour les statistiques, on tient compte, comme nous l'avons fait, d'une certaine fraction de cas malheureux non renseignés : 1/4 °/₀. En résumé, mieux valent des chiffres que de vagues impressions sur la gravité plus ou moins grande d'une opération (1).

(1) Léon Lefort, *loc. cit.*

7. Nous pouvons donc conclure que l'ovariotomie est admissible au même titre que les grandes opérations lorsqu'il est reconnu qu'elle est devenue la seule ancre de salut pour les malades.

2. Dangers inhérents à l'opération.

A. 1. On a voulu donner comme contre-indication absolue de l'ovariotomie, la nécessité de pratiquer une plaie étendue du péritoine qu'on considérait comme fatalement mortelle.

2. Il est bien vrai, comme le dit Stilling (1), qu'il ne faut pas inférer pour la femme de ce qui se passe pour l'extirpation des ovaires chez la truie et la lapine, qui supportent si facilement cette opération. Chez ces animaux la plaie abdominale se réunit par première intention : il y a à peine sécrétion de la plaie : aucune ligature sur la trompe : les ligaments larges ne s'enflamment pour ainsi dire pas après l'enlèvement des ovaires, et la quantité minime de sang et d'exsudat qui s'écoulent de la cicatrice abdominale n'entraîne aucun inconvénient sérieux.

3. Mais outre que le danger résultant de l'étendue de l'incision est beaucoup amoindri par la réduction actuelle de ses dimensions, le danger de la péritonite, dirons-nous avec Courty, résulte surtout de l'inflammation commençante de cette membrane par traumatisme antérieur, l'extension progressive d'une inflammation viscérale, la présence d'un corps étranger, surtout du pus. Or, dans l'ovariotomie, il y a incision relativement peu étendue du péritoine *sain* pour enlever une tumeur qui, comme corps étranger, est un danger pour la séreuse.

4. Ce sont surtout ces considérations qui ont guidé Thom. Keith, lorsqu'il ponctionna le cul-de-sac utéro-rectal chez une de ses opérées où il y avait commencement d'épanchement dans le péritoine pelvien, et Kœberlé (2), lorsqu'il cherche à limiter la péritonite dans le bassin où il y a moins de danger (sauf complication de septicémie) et cela :

1° En asseyant à moitié ses opérées.

(1) *Loc cit.*, p. 68.

(2) Quatrième ovariotomie. Communication faite à l'Académie des science, 16 fév. 1863.

2° En employant un serre-nœud comme constricteur.

3° En pratiquant le drainage par des tubes de verre.

C'est là encore ce qui guide Butcher (1) lorsqu'il recommande de patienter, de différer l'opération quand l'affection est à son début : le péritoine la supporterait moins bien alors : « Il est hors de doute, dit-il, que lorsque l'affection dure depuis quelque temps, de grands changements s'opèrent dans le péritoine quant à sa susceptibilité pour l'inflammation. D'un autre côté, lorsqu'une tumeur anormale a exercé son influence pendant quelque temps, le péritoine semble avoir perdu graduellement de sa sensibilité et de son activité vasculaire. En d'autres termes, on s'explique ainsi l'impunité de certaines opérations pratiquées sur cette membrane : arrachement des adhérences, leur écrasement lorsqu'elles sont trop développées en surface ou en longueur, leur ligature, leur section par les ciseaux ; toutes preuves qu'à ce moment le péritoine a perdu cette sensibilité idiosyncrasique à s'enflammer, qui est si caractéristique pour toutes les membranes séreuses. »

B. 1. Le danger qui résulte de l'opération elle-même et qui est accusé par la mortalité, est en partie apprécié par les résultats que donne la statistique et que nous avons examinés plus haut.

2. D'un autre côté, dans d'autres opérations graves, on expose les jours du malade alors qu'ils ne sont pas comptés, par exemple, dans les cas de tumeurs cancéreuses du cou, de l'aisselle, de la face, etc., les seins cancéreux, les amputations pratiquées pour des tumeurs blanches, la ligature des grosses artères, la taille, etc. (2). Or, il faut bien l'admettre, les indications dans l'ovariotomie sont bien autrement pressantes : effectivement que deviennent les malades affligées de kystes ovariques lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes et lorsque chez elles l'opération, quoique parfaitement indiquée, n'est pas pratiquée ?

D'après Rob. Lee (3), sur 42 malades où ces conditions existaient :

(1) *On ovariotomy*, etc., p. 23.
(2) *Malad. des ovaires*, p. 232.
(3) *Clinic. Reports on diseases of the ovaries*. — *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 18.

32 fois la mort survint après un traitement palliatif.
1 » » » » » une incision exploratrice.
1 » le résultat est demeuré douteux.
1 » la mort est simplement mentionnée.
3 » les malades étaient mourantes à l'heure où il écrivait.
1 guérison après ponction, datant de 26 ans.
1 » incomplète et datant de 3 ans.
2 vivaient encore 3 ans après.

Donc 36 morts constatées dans 41 abstentions; soit 87,8 %. Rien ne peut mieux légitimer l'opération.

De 3 malades auxquelles le docteur Parisse, de Lille (1), proposa l'ovariotomie, et qui la refusèrent : 1 de 21 ans mourut 3 mois après la proposition.

1 de 23 ans mourut 2 mois après la proposition.
1 » 48 » » 2 » »

Si nous en croyons Boinet (2), les kystes en général, abandonnés à eux-mêmes, font succomber promptement et fatalement 95 femmes sur 100 :
1/4 dans la première année.
1/4 » deuxième »
Les autres ne dépassent pas 3 à 4 ans.

3. Avantages de l'ovariotomie

1. Elle constitue la seule chance de salut pour la malade affligée d'un mal contre lequel on a vainement dirigé tous les moyens reconnus efficaces, lorsque l'opération se présente ainsi comme une nécessité, alors que la santé commence à s'altérer et qu'on peut prévoir et prédire une fin prochaine ainsi que l'observation première de Péan en est, par exemple, une preuve éclatante (3).

2. Elle améliore singulièrement la situation des femmes qui guérissent

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 611.
(2) *Malad. des ovaires*, p. 363.
(3) *Loc. cit.*, deuxième édition, p. 27.

radicalement et se trouvent ainsi assurées d'une vie encore longue et d'une bonne santé lorsqu'elles n'avaient plus devant elles qu'une à deux années d'existence misérable.

3. La récidive est impossible puisque l'ovaire est enlevé et que le pédicule ne possède pas les éléments nécessaires au développement d'un kyste.

Il faut examiner soigneusement l'autre ovaire quand on opère, et l'enlever si on le reconnaît malade. S'il le devenait seulement plus tard, l'ovariotomie réussirait encore comme l'ont prouvé les opérations d'Atlee (1), Spencer Wells, Bird et Boinet. Lorsqu'il s'agit de vieilles femmes, Dolbeau conseille de toujours enlever les deux ovaires, puisque cela n'entraîne aucun inconvénient et qu'on se met ainsi sûrement à l'abri d'une récidive.

En consultant, comme le fait J. Worms (2), la statistique de G. Simon, de l'adversaire le plus déclaré de l'ovariotomie, on trouve que sur les 11 femmes guéries :

10 vivaient encore en 1858 époque où écrivait Simon.

2 d'entre elles avaient eu des enfants.

La 11e mourut du choléra plusieurs années après l'opération.

Dans les sept premiers cas, il y avait 8 ans écoulés jusqu'en 1858.

Dans les trois derniers, 7, 6 et 2 ans, et les femmes étaient toutes alors très-bien portantes.

4. La statistique prouve que lorsque l'ovariotomie est pratiquée en temps opportun et avec toutes les indications voulues, elle est en réalité d'une gravité très-faible; ainsi qu'on peut s'en assurer en consultant les dernières séries d'opérations des grands ovariotomistes.

ARTICLE DEUXIÈME. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

Les conditions de l'opération sont relatives :

(1) Société royale de médecine et de chirurgie, 9 juin 1863. — *The British med. J.*, 27 juin 1863. — COURTY, *loc. cit.*

(2) *Gaz. hebdom.*, 1860, p. 692.

1° Au diagnostic; 2° à la constitution du kyste (uni ou multiloculaire); 3° à la nature du contenu; 4° aux adhérences; 5° au développement du kyste; 6° à son volume; 7° à la marche de la maladie; 8° à l'âge de la femme; 9° à la santé générale; 10° aux complications; 11° à l'efficacité des moyens mis en usage; 12° au lieu où l'on pratique l'opération; 13° au pays où l'on opère; 14° au chirurgien opérateur (habileté, procédés); 15° au moment où l'on opère (1).

1. Conditions relatives au diagnostic.

1. « Cette méthode n'est pas rationnelle et doit être repoussée disait Jobert (2), parce que l'extirpation est à la fois dangereuse et difficile à employer : si le kyste est adhérent on s'expose à des accidents redoutables et nous possédons des moyens aussi sûrs et sans dangers pour la malade. »

2. Il y a là une exagération qui s'explique par des statistiques peu encourageantes à cette époque et l'insuffisance des moyens d'investigation; mais aujourd'hui le diagnostic est devenu beaucoup plus rigoureux et expose moins aux opérations inachevées. Puis en toute justice, comme le remarque Léon Lefort (3), les erreurs de diagnostic commises ne doivent pas entrer en ligne de compte : on a vu des vessies non calculeuses être taillées, des artères non anévrysmatiques liées, des articulations à peine malades réséquées et cependant on n'abandonne pas pour cela la taille, la ligature des artères, les résections articulaires. Erreur ne fait pas compte.

3. Sur les 64 ovariotomies de la statistique Simon (4) : 15 fois l'opération demeura inachevée, 2 fois il y eut erreur de diagnostic, 26,5 %.

Sur les 250 premières ovariotomies de Spencer Wells (5) :

Il y eut d'opérations inachevées et d'incisions exploratrices 8,4 %.

(1) Gestilhomme. *Gazette médicale de Paris*, 1862.
(2) Leçon clinique de l'Hôtel-Dieu. *Gazette des hôpitaux*, 1836, p. 300.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Beitr. zur Geburtsk.* von Scanzoni, t. III. Wurzb., 1858.
(5) *The Lancet*, 20 déc. 1862. Koeberlé, *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 300.

Des 103 premières de Ch. Clay (1) : 10 opérations non achevées 2 erreurs de diagnostic, 11,6 °/₀.

Des 100 de Baker-Brown (2) : 5 opérations inachevées, 10 erreurs de diagnostic, 15 °/₀.

Sur les 94 de Kœberlé (3) : 1 erreur de diagnostic, aucune opération 1,06 °/₀.

Sur les 169 d'Atlee (4) : opérations inachevées et incisions exploratrices, 9,0 °/₀.

Sur les 25 de Krassowski : 1 ovariotomie partielle, 1 incision exploratrice, 8,0 °/₀.

Donc, sur 805 ovariotomies, il y aurait eu 11,36 °/₀ d'erreurs de diagnostic ou d'opérations interrompues par suite d'adhérences graves non reconnues avant l'opération et, en ne tenant pas compte de la statistique de Simon pour ne considérer que les statistiques privées, on obtient 8,8 °/₀ d'erreurs sur 741 ovariotomies.

Si nous examinons maintenant pour quel chiffre ces erreurs sont entrées dans la mortalité, nous trouvons en consultant les principales statistiques :

	Simon	64	ovariot.	46	malad.	12	morts	sur les	17	erreurs	26,0	°/₀	de la	mort.	totale.
	Sp. Wells	229	»	71	»	6	»	»	18	»	8,4	»	»	»	»
	J. Clay (5)	537	»	238	»	41	»	»	142	»	17.52	»	»	»	»
(Statistique)	Atlee	179	»	59	»	12	»	»	40	»	20.3	»	»	»	»
	Lyman	300	»	120	»	27	»	»	88	»	22,5	»	»	»	»
	T. S. Lee	114	»	40	»	7	»	»	24	»	17,5	»	»	»	»
	Fock	292	»	120	»	29	»	»	92	»	24,1	»	»	»	»
	Rob. Lee	162	»	61	»	19	»	»	60	»	31,1	»	»	»	»
	Chereau	65	»	23	»	5	»	»	21	»	21,7	»	»	»	»
	Krassowsky	25	»	11	»	2	»	»	2	»	18,1	»	»	»	»
		1967	»	789	»	160	»	»	504	»	20,69	°/₀	»	»	»

D'après ce tableau nous voyons que :

Dans la	statistique de	Simon	les erreurs	comptent	pour	26,5	°/₀	du chiffre	total	des cas.
»	»	J. Clay	»	»	»	36,4	»	»	»	»
»	»	Atlee	»	»	»	22,3	»	»	»	»
»	»	Lyman	»	»	»	29,3	»	»	»	»
»	»	T. S Lee	»	»	»	21.0	»	»	»	»
»	»	Fock	»	»	»	31,5	»	»	»	»
»	»	R. Lee	»	»	»	37.0	»	»	»	»
»	»	Chereau	»	»	»	32,3	»	»	»	»
Ce qui donne une moyenne de						29,5	»	»	»	»
Et avec les statistiques particulières						8,8	»			
						19,15	»			

(1) et (2) Worms, *loc. cit.* Paris, 1860, p. 38, brochure.

(3) *De l'ovariotomie*, p. 63.

(4) Koeberlé. *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 500.

(5) John Clay. *Chapters on diseases of the ovaries, translated from* Kiwisch's *clinical Lectures with notes and on appendix on the operation of ovariotomy*. Lond. 1860.

D'un autre côté, si nous tenons compte de la proportion 20,69 % pour laquelle la mortalité pour erreurs de diagnostic (y compris les opérations inachevées) entre dans la mortalité générale que nous avons fixée à 49,01 % (en y ajoutant le 1/4 de Lefort), nous obtenons comme résultat définitif de l'opération régulièrement faite 31,12 % de mortalité (1).

C'est bien le chiffre qu'on rencontre dans les statistiques particulières des chirurgiens habitués à l'opération.

4. Les kystes de l'ovaire peuvent guérir sans extirpation, mais l'ovariotomie est incontestablement utile et avantageuse lorsqu'on en observe soigneusement les indications et les contre-indications, et qu'on n'a pas la prétention de l'appliquer à tous les cas (2). C'est surtout en ne négligeant aucun des préceptes du diagnostic le plus rigoureux, lorsqu'on a reconnu que la tumeur est bien ovarique, kystique et non solide ; en se guidant sur ses propres expérience et habileté, s'entourant des lumières de confrères instruits et prudents, recourant s'il le faut, à une ponction exploratrice ; qu'on se trouve autorisé à entreprendre l'extirpation lorsque en même temps les autres éléments d'indication que nous avons encore à examiner, auront été parfaitement précisés (adhérences, nature du liquide, constitution du kyste, son développement, ses complications, etc.). Fock accuse les Anglais et les Américains d'entreprendre trop légèrement l'ovariotomie. Ainsi, dit-il (3), Bird sur 31 opérations, n'en put terminer que 12, Clay 11 sur 50 et Atlee 8 sur 30.

5. Quoi qu'il en soit, malgré toutes les garanties désirables pour le diagnostic, on peut parfois avoir à se heurter à des difficultés insurmontables, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante de L. Marguerite, du Hâvre, que nous rapportons en abrégé (4).

Mad. V., 36 ans, accouche le 10 juillet 1866, de son 4e enfant (4 enfants en 5 ans). Quelques semaines après, diagnostic d'un kyste ovarique

(1) 20, 60 % de 844, chiffre total des morts, sur 2185 ovariotomies réduisent ce chiffre à 680, soit 31,12 %.

(2) B. Brown. *De l'hydropisie*, etc.. *loc. cit.*, préface.

(3) *Loc. cit.* et *Gazette hebdomadaire*, 1856, p. 788.

(4) *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 647.

uniloculaire gauche : bonne santé; parfois douleurs peu vives dans l'abdomen calmées par les émollients. Mère cancéreuse, grand'mère morte après plusieurs ponctions.

29 septembre, consultation et confirmation du diagnostic.

1er octobre, ponction (1 1/4 litre d'un liquide semblable à de la lavure de chair, non filant). Injections iodées, pas d'accidents, récidive rapide.

22 octobre, ponction (3 1/4 litres de liquide café au lait, non filant), injections iodées, pas d'accidents, récidive rapide.

18 novembre, kyste gros comme un utérus à 9 mois, plus développé à gauche qu'à droite, fluctuation manifeste. Bruit de *succussion* hippocratique manifeste. Au toucher vaginal : utérus très-élevé, col dévié à droite. — Au point culminant, sonorité qui se déplace avec les positions données à la malade. — Toutes les fonctions s'exécutent bien et les organes sont sains. Emaciation assez considérable. — La malade se plaint d'éprouver *parfois des frissons.*

22 novembre, à la campagne. — Ovariotomie. L'incision pénètre directement dans le kyste, évacuation de 10 à 12 litres de pus assez bien lié et contenant des détritus de toutes sortes. — Dissection et énucléation du kyste longues, laborieuses et définitivement impossibles. — Adhérences générales, ouverture de la vessie, d'une veine importante du bassin, et finalement mort de la malade entre les mains des opérateurs.

Dans les réflexions dont l'auteur fait suivre cette observation, il cherche à expliquer ses erreurs :

1° Douleurs peu vives et frissons légers ne pouvant justifier l'idée de pareilles adhérences.

2° Après la ponction, l'exploration abdominale se faisant dans le kyste vidé et non dans la cavité abdominale.

3° L'opération fut continuée quand même parce qu'on crut avoir affaire à un kyste analogue à celui qu'opéra Keith avec succès (1), c'est-à-dire mobile dans toute sa partie postérieure.

Tout en rendant hommage à la franchise du docteur Marguerite qui n'a pas hésité à faire connaître cette opération malheureuse pour l'édifi-

(1) Courty. *Mal. de l'utérus*, p. 963.

cation de ses confrères, nous ne pouvons cependant nous empêcher de remarquer qu'il a négligé bien des moyens de s'assurer du véritable état des choses, et pour le dire tout de suite, nous croyons que le diagnostic des adhérences n'est pas entré pour beaucoup dans ses préoccupations. Ainsi, après l'évacuation du kyste et l'injection iodée, la percussion soigneusement faite devait démontrer que la poche ne subissait aucun retrait : le toucher rectal combiné avec le toucher vaginal et la palpation abdominale devaient lui indiquer l'immobilité persistante de l'utérus : les progrès successifs de la tumeur qui se reconstitue, lorsqu'elle a subi un retrait, sont assez facilement reconnaissables par la palpation, la percussion, le toucher, etc. Les frissons et les douleurs accusés par la malade, tout légers qu'ils paraissaient, devaient aussi lui donner l'éveil et auraient peut-être pu lui éviter un des plus effroyables mécomptes qu'on puisse éprouver.

6. S. Wells, dans sa première ovariotomie, fut obligé de laisser l'opération inachevée parce qu'il trouva les intestins au devant et autour de la tumeur : l'opérée mourut quatre mois plus tard des suites de la rupture spontanée d'un de ses kystes (1).

2. Conditions relatives à la constitution du kyste.

1. Pour l'extirpation, d'après J. Worms (2), il faut considérer :

1° Le kyste simple : *a*) une seule tumeur, poche ovarique. — Rare.

b) Divisé en plus ou moins de loges communiquant ou non les unes avec les autres.

2° Les kystes composés : *a*) vésiculaires ou multiples. Tumeur indépendante, plus ou moins fluctuante.

b) Aréolaires ou alvéolaires. — Charpente fibreuse à vacuoles généralement très-petites, mais quelquefois une ou deux se développant davantage. — Liquide épais, en gelée.

2. Lorsque le kyste est simple, uniloculaire, on a rarement le droit de

(1) Jottrand, *loc. cit.*, p. 316.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 741.

recommander, comme le font néanmoins certains auteurs, une opération aussi grave que l'ovariotomie avant d'avoir préalablement eu recours au traitement par la ponction simple ou la ponction avec les injections iodées (1).

Effectivement l'extirpation est toujours applicable à cette sorte de kystes après qu'on a reconnu l'insuccès des moyens précités, lesquels à la vérité peuvent entraîner des accidents, mais qui ne sont nullement comparables en tout état de choses, à ceux que peut provoquer l'ovariotomie. Si dans les cas de kystes simples, la durée de la maladie, l'évolution de la tumeur, les altérations qui s'y sont introduites ou encore celles qui y ont provoquées la ponction et l'injection iodée, constituent des cas graves, l'ovariotomie leur est immédiatement applicable.

3. S'il faut en croire Nélaton, que le kyste soit séreux ou colloïde, cela importe peu pour l'ovariotomie, tandis que pour Sp. Wells « les cas où l'injection est indiquée sont précisément ceux qui offrent le plus de chances de succès à l'opération, » il ne rejette l'injection dans les kystes séreux multiloculaires que lorsque les cellules ne sont pas suffisamment développées (2). En combinant les statistiques de J. Clay et de Négroni on constate :

Tumeurs ovariques kystiques.	Kystes simples	65	31 morts,	47,5 °/o	Krassowsky,	8	5 morts,	62,5 °/o.
	» biloculaires	7	3 »	42,8 »				
	» multiloculaires	284	125 »	41,0 »		15	5 »	33,3 »
	» composés	59	19 »	32,2 »				
	» alvéolaires	19	10 »	5,2 »				
	Cystosarcômes	10	3 »	30,0 »				
	Cystocarcinômes	9	9 »	100,0 »				
	Kystes dermoïdes	6	5 »	83,3 »		1	1 »	
	» hydatiques	1	» »					
	» indéterminés	157	63 »	41,1 »				
Tumeurs ovariques solides.	Tumeurs fibreuses	19	9 »	47,3 »				
	» fibro-cartilag.	2	1 »	50,0 »				
	» squirrheuses	7	2 »	28,5 »				
	Cancer	2	1 »	50,0 »				

(1) SPENCER WELLS in JOTTRAND, *loc. cit.*, p. 219.
(2) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 322.

4. L'extirpation des tumeurs aréolaires constitue une ressource extrêmement précaire, car c'est à la suite de l'extirpation de ces tumeurs qu'on observe la propagation cancéreuse (1).

5. Sont directement justiciables de l'ovariotomie :

1° Les kystes composés multiloculaires à cloisons indépendantes.

2° Les kystes multiples à plus de 3 loges, malgré que leur contenu soit séreux, car la guérison des différentes grandes loges, entraîne le développement des loges rudimentaires.

3° Les kystes aréolaires dont l'extirpation reste la seule chance de guérison, tout aléatoire qu'elle soit.

6. Lorsqu'on rencontre cette variété grave des kystes que Boeckel a décrite sous le nom de *kystes ménorrhagiques,* l'auteur conseille d'attendre la ménopause qui peut atrophier l'ovaire et arrêter ainsi le développement de la tumeur en s'aidant au besoin pendant ce temps de ponctions palliatives. Il signale néanmoins deux écueils pour cette façon de procéder : l'anémie avec épuisement très-rapide de la malade, et la rupture du sac.

Les injections iodées donnent des résutats incomplets ou nuisibles. La canule à demeure n'empêche pas la tumeur de recevoir mensuellement une certaine quantité de sang et l'établissement d'une fistule serait le cas le plus favorable qui pût survenir par ce mode de traitement. Le drainage cutané-vaginal serait plus sûr et moins gênant. En somme, l'auteur penche pour l'extirpation lorqu'il devient urgent d'agir (2).

3. Conditions relatives au contenu du kyste.

1. Les kystes simples, uniloculaires, à liquide épais, filant, qui résistent presque toujours aux injections iodées, doivent être soumis à l'ovariotomie, car presque certainement à la base ou dans l'épaisseur des parois de la

(1) *Dublin Quarterly J.*, novembre 1859, observation de Spencer Wells. *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 74.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 1862, p. 179.

tumeur kystique, il existe des tumeurs plus ou moins grosses, des loges plus ou moins nombreuses qui empêchent l'effet des injections. Alors si la malade s'affaiblit, que les fonctions s'altèrent et que le liquide augmente, il faut opérer (1).

2. L'ovariotomie doit être pratiquée pour les kystes visqueux, purulents, compliqués, multiloculaires, car ici la ponction et les injections sont certainement inutiles, et exposent en outre à des accidents rapides, funestes, qui compromettent le seul traitement qui leur soit applicable : l'extirpation (2).

3. C'est le contenu du kyste qui guide surtout Nélaton sur la conduite qu'il tient dans le genre d'opération à leur appliquer. Ainsi d'après lui :

1° Si le fluide est séreux, ne s'attache pas aux doigts, est de couleur citrine ou rouge foncé, il faut recourir à la ponction et aux injections iodées.

2° Lorsque le fluide est filant, visqueux, comparable à l'albumine (Cruveilhier), reste adhérent aux parties sur lesquelles il se colle, forme des filaments et des tractus entre les doigts qui en sont imprégnés quand on les écarte (ces kystes ne sont pas rares, surviennent à une époque peu avancée de la vie et ont une marche essentiellement progressive malgré tout); seule, dans ce cas, l'ovariotomie peut mettre un terme à une affection qui, livrée à elle-même, tuerait sûrement la femme dans le délai de 15 à 18 mois (3).

4. Selon Baker-Brown (4), lorsque, à la suite de ponctions répétées, la quantité d'albumine a considérablement augmenté dans le liquide kystique, il faut s'abstenir de l'opération de l'ovariotomie, car c'est l'indice d'un état général grave.

(1) Boinet *Gazette hebdomadaire*, 1862, 679. *Malad. des ovaires*, p. 417.

(2) Courty, *loc. cit.*, p. 960.

(3) Labalbary, *loc. cit.*, p. 64. — Ovariotomie de M. Nélaton et Demarquay. *Gazette médicale de Paris* et *Archives belges de médecine militaire*, 1862, pp. 220 et 221. Leçons orales recueillies à l'hôpital des cliniques par l'auteur, 6 et 10 avril 1857.

(4) *Loc. cit.*, chap. V.

3. Si nous consultons, pour ce point de l'histoire des kystes, les renseignements fournis par les statistiques, nous constatons :

	Uniloculaires.			Multiloculaires.			Solides.			Composés, alvéolaires, cystosarcômes, dermoïdes.			En partie solides, en partie liquides.			Indéterminés.		
	Nombre.	Morts.	Proportion.	Nombre.	Morts.	Proportion.	Nombre.	Morts.	Proportion.	Nombre.	Mort.	Proportion	Nombre	Mort.	Proportion.	Nombre	Morts.	Proportion.
Meuschaert..	115	»	40,0 °/o.	227	»	45,0 °/o.	34	»	50,0 °/o.	14	»	43,0 °/o.	»	»	»	»	»	»
John Clay. .	47	22	46,8 »	172	83	48,2 »	24	11	45,8 »	81	35	43,2 »	»	»	»	78	36	46,0 °/o.
Negroni. . .	18	9	50,0 »	119	45	37,9 »	6	2	33,0 »	23	11	47,8 »	»	»	»	79	27	34,1 »
Gurlt. . . .	10	4	40,0 »	57	25	42,1 »	»	»	»	57	23	40,3 »	»	»	»	8	3	37,5 »
Laskowski. .	3	1	33,3 »	47	14	29,7 »	7	5	71,4 »	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Th. S. Lee. .	»	»	»	»	»	»	»	»	50,0 »	»	»	»	»	»	33,0 »	»	»	»
Moyenne.			42,02 »			40,85 »			50,0 »	»	»	43,5 »	»	»	33,0 »			39,5 »

4. Conditions relatives aux adhérences.

1. Si les adhérences sont nulles ou faibles, lâches, étendues et n'entraînant ainsi qu'une perte de sang peu considérable, le succès est à peu près certain, dit Kœberlé, quel que soit l'âge (1).

2. C'est donc bien là la question principale que doit fixer le diagnostic : La tumeur qui cause les désordres est-elle mobile et peut-elle être enlevée (2) ?

3. Quand les adhérences sont nombreuses, étendues et existent avec les parois abdominales ou les viscères, surtout supérieurs, il y a contre-indication à l'opération, d'après Courty (3).

4. C'est la crainte des adhérences qui poussent quelques ovariotomistes à opérer illico dès que la présence du kyste est reconnue. Kœberlé n'hésite pas à attribuer les insuccès à la temporisation qui laisse aux adhérences le temps de se former et aux complications celui de naître (4).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 255. — Boinet, Société de chirurgie, 27 novembre 1861,

(2) Léon Lefort. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 18.

(3) *Loc. cit.*, p. 961.

(4) Travail communiqué à l'Académie de médecine de Paris 1858.

5. D'un autre côté, l'absence des adhérences, surtout pour les kystes uniloculaires qu'on peut vider complètement, permet d'opérer l'extraction par une incision relativement fort petite (1) et la moindre étendue des surfaces traumatiques résultant de la séparation des adhérences, expose moins aux hémorrhagies consécutives à l'opération (2).

6. La grande mobilité de la tumeur et de l'utérus, la position centrale de celui-ci qui doit faire croire à un long pédicule, sont de très-bonnes conditions pour opérer (3).

7. Le diagnostic des adhérences est cependant souvent difficile à établir: si dans quelques cas on peut les reconnaître, dans beaucoup d'autres rien n'indique qu'il n'en existe pas; ainsi, comme le remarque judicieusement J. Worms (4), ne doit-on regarder comme contre indiqués absolument que les cas où il est évident que les tumeurs semblent solidement unies aux organes voisins : l'absence de cette preuve est une indication pour l'opération (5).

8. L'observation de Baker-Brown (6), d'un cas où il existait de solides adhérences avec le plancher pelvien, et la plupart des ovariotomies de Péan (7) suivies de guérison comme celle du chirurgien anglais, établissent bien que les adhérences ne constituent pas une contre-indication absolue.

(1) Koeberlé, *Opération d'ovariotomie*, p. 40, note.

(2) Koeberlé, obs. XXXVII. — *Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 129.

(3) Spencer Wells, observation 25, 26, 27, 28, 29. — *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 142.

(4) *Gazette hebdomadaire*, 1860, 742.

(5) Si les adhérences de la tumeur avec les parois du ventre et l'épiploon, dit Martin (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1872, n° 10, s. 114), si les traces de péritonite sur la surface de la tumeur et même sur quelques anses intestinales ne modifient pas très-sensiblement le pronostic de l'opération, il n'en est pas de même des adhérences de la tumeur avec les parois du bassin, avec l'utérus et le rectum. Ces dernières complications sont tellement importantes qu'elles forment, lorsqu'il est possible de les reconnaître, une contre-indication à l'ovariotomie. Dans la plupart des cas, ajoute-t-il, où j'échouai dans mes opérations par suite de ces adhérences, je trouvai la tumeur située profondément derrière le vagin, remontant dans le repli de Douglas et par là très-nettement perceptible par le vagin comme par le rectum; mais les mouvements communiqués à la tumeur par les parois abdominales, ne se transmettaient que confusément à la partie sentie par le rectum ou le vagin.

(6) *Brit. med. J.*, mai 1859, n° 126.

(7) *Loc. cit.*, deuxième édition.

9. Résultats des statistiques.

NOMS des STATISTICIENS ou des OPÉRATEURS.	Adhérences nulles.			Adhérences faibles, légères.			Adhérences fortes.			Adhérences étendues, multiples, pelviennes, nécessitant des ligatures.		
	Cas.	Morts.	Mortalité.	Cas.	Morts.	Mortalité.	Cas.	Morts.	Mortalité.	Cas.	Morts.	Mortalité.
J. Clay	93	31	31,3 °/o	111	45	40,5 °/o	133	66	49,6 °/o	42	29	69,0 °/o
Negroni	43	16	37,2 »	55	20	38,1 »	61	28	45,9 »	9	8	88,8 »
Koeberlé	28	3	10,7 »	26	3	11,5 »	»	»	»	40	23	57,5 »
Atlee (1)	41	12	29,2 »	»	»	»	62	26	41,9 »	»	»	»
Hamilton	»	»	25,0 »	»	»	»	»	»	80,0 »	»	»	»
Laskowsky	»	»	32,0 »	»	»	24,0 »	»	»	43,0 »	»	»	40,0 »
Simon	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	74,0 »
Krassowsky	»	»	37,0 »	»	»	»	»	»	»	»	»	50,0 »
Lyman (2)	»	»	»	»	»	»	»	»	36,0 »	»	»	»
T. S Lee (3)	35	»	»	46	»	»	»	»	»	»	»	»
Messchaert (4)	110	»	36,0 »	145	»	48,0 »	110	»	53,0 »	»	»	»
Keith (5)	15	2	13,3 »	10	3	30,0 »	10	4	40,0 »	»	»	»
S. Wells (6)	39	10	25,7 »	41	13	31,7 »	»	»	»	»	»	»

La proportion des cas sans adhérences ou avec adhérences légères a été pour chaque opérateur sur l'ensemble de ses opérations (7) :

Pour Baker-Brown :	2/5,	55	guérisons.
Spencer Wells :	1/3,	73	»
Keith :	1/2,	85	»
Kœberlé :	1/2,	87	»

(1) *Diseases of the women*, 1864, p. 526.
(2) *System. of Surger.*, vol. II, p. 933.
(3) *On tum. of the uter.*, etc., p. 210 et append. 642.
(4) *Loc. cit.*
(5) *Edinb. med. J.*, 1863 à 1866.
(6) *Diseases of the ovaries.*
(7) BOINET. *Malad. des ovaires*, p. 333 avec complément de la Statistique de KOEBERLE.

La proportion des cas avec adhérences graves a été pour chaque opérateur sur l'ensemble de ses opérations (1) :

Pour Baker-Brown :	3/5,	45	guérisons	(50 premiers cas).
Spencer Wells :	2/3,	55	»	(140 » »).
Keith :	1/2,	60	»	(35 » »).
Kœberlé :	1/2,	42	»	(94 » »).

5. *Conditions relatives au développement, au volume et à la marche de la tumeur.*

1 Les indications qui dérivent de ces points d'appréciation entraînent également celle du *moment opportun de l'opération.*

2. Quand la tumeur est multiloculaire, il faut, d'après Kœberlé, pratiquer tout de suite l'ovariotomie; on s'expose moins ainsi à rencontrer des adhérences vasculaires : d'un autre côté, le volume d'une tumeur multiloculaire n'est pas susceptible d'être diminuée en majeure partie par la ponction, comme le serait une tumeur uniloculaire, et exige par conséquent une incision abdominale d'autant plus étendue que ce volume est plus considérable (2).

D'où l'on pourrait, d'après lui, établir cette règle que le succès est en raison inverse des complications que présente l'extirpation de la tumeur, et, par conséquent, en proportion avec l'époque hâtive de l'opération (3).

3. Le plus souvent, cependant, dit-il ailleurs (4), il convient de retarder l'opération jusqu'à ce que la tumeur ait acquis un poids de 8, 10 ou 15 kilogrammes : l'opération est moins difficile quand l'abdomen est distendu, la cicatrisation est relativement moins longue et on ne maintient les points de suture que peu de temps ; sans cela, ils subiraient une traction, le fil développerait de l'irritation dans les parties voisines et en amènerait ainsi la mortification.

4. C'est par semblable considération et en même temps pour réunir le

(1) Voir Caternault. *Essai sur la gastrotomie*, 1866.
(2) Koeberlé. *Opération d'orariotomie*, p. 40, note.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1868, art. 7614.
(4) Obs XXI. *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 11.

plus d'éléments de succès possible que Stilling, tombant dans une exagération contraire à la prudence peut-être trop extrême des chirurgiens français, ne ponctionne jamais les kystes et ovariotomise dès que l'affection est reconnue (1). L'extirpation des ovaires est un traitement exceptionnel et non normal de l'hydropisie enkystée, c'est ce que l'on oublie trop souvent comme le remarque fort bien Léon Lefort (2) : aussi conseille-t-il de n'opérer les malades que lorsqu'on ne peut espérer les guérir par d'autres moyens, que la vie est prochainement menacée et de ne pas toucher aux kystes petits, mobiles, qui ne réclament nullement l'intervention chirurgicale.

5. Clay et Nélaton veulent aussi que les malades soient affaiblies, dans un état grave et n'opèrent que lorsque la santé est tellement compromise que la mort doit être considérée comme prochaine et inévitable (3). Sp. Wells au contraire, exige que la santé générale soit peu altérée.

6. D'autres enfin partagent l'avis de Stilling et pratiquent l'ovariotomie tout au début, quand la femme est jeune, de santé presque parfaite, de bonne constitution, d'où l'on peut inférer l'espoir d'une vie longue et précieuse après la guérison. « Les risques de l'opération, dit B. Brown, deviennent plus grands chaque année à mesure que la femme vieillit : la tumeur, ses enveloppes et son pédicule grossissent toujours, des adhérences se forment, se multiplient : la compression exercée par la tumeur amène des douleurs abdominales ou pelviennes, la malade s'épuise et devient moins apte à supporter le shŏck de l'opération. Dans une affection récente, la mortalité doit être très-faible (4). » — B. Brown opère dès qu'il a reconnu qu'il n'existe plus d'autres chances de guérison (5); après que quelques traitements compatibles avec l'extirpation ultérieure ont été vains (6), que

(1) Stilling, *loc. cit.*, p. 161.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 170.
(3) Boinet. *Malad. des ovaires*, p. 363. — J. Worms, *loc. cit.*, troisième indication.
(4) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 61.
(5) Boinet, *loc. cit.*, p. 363.
(6) Ce que B. Brown appelle traitements incompatibles sont : l'ovariotomie partielle, l'incision en vue de développer une inflammation suppurative, destructive. B. Brown, *loc. cit.*, chap. V. Spencer Wells in Jottrand, *loc. cit.*, p. 319.

la tumeur s'accroît, cause de l'ennui et des souffrances à la malade et fait craindre une terminaison funeste.

7. Je n'hésite pas, dit Butcher (1), à recommander l'opération, et le plus tôt possible, chaque fois que le diagnostic est rigoureusement fait, parce qu'on a alors moins de chances de trouver des adhérences : les forces vitales de réparation ne sont pas encore beaucoup diminuées et on peut espérer par là presque à coup sûr l'inflammation adhésive ; tandis qu'il est indiqué de patienter si la tumeur fait des progrès lents, et si comme cela arrive souvent, elle s'arrête pour un temps dans son développement.

8. Au résumé, en laissant cette appréciation délicate au tact du chirurgien qui ne doit se hasarder dans une opération aussi sérieuse qu'en parfaite connaissance de cause et après l'étude approfondie de la question, nous croyons qu'on peut, avec Nélaton, diviser la marche progressive du kyste ovarique en trois périodes :

1° Celle du début.

2° Celle d'un développement moyen.

3° Celle d'un développement extrême.

Dans ces trois phases de la même affection, dit le chirurgien des cliniques, la conduite du chirurgien ne saurait être identique.

Dans la première période, quoique la santé de la femme soit excellente, la tumeur peu volumineuse et non adhérente, il conseille de ne pas se laisser séduire par ces apparences, car la malade qui avait peut-être encore plusieurs années d'existence, est le plus souvent emportée par une péritonite mortelle. D'ailleurs nous savons que certains kystes ont une marche tellement lente, que les malades qui en sont atteintes peuvent parcourir une longue série d'années sans que leur santé soit très-profondément altérée. Il ne faut donc pas exposer l'existence d'une femme à toutes les chances d'une opération très-grave par elle-même, pour la soustraire à une affection qui ne la compromettra peut-être jamais.

Dans la période extrême de développement du kyste, les contre-indications sont aussi évidentes. Alors en effet, la constitution de la femme est épuisée par les souffrances : des désordres généraux et locaux se sont

(1) *On ovariotomy*, etc., p. 23.

produits sous l'influence de l'affection ovarique. Des troubles de la respiration et de la circulation, l'ascite et l'anasarque ont été la conséquence de la compression exercée sur les poumons et les gros troncs vasculaires, des péritonites successives ont établi des adhérences parfois très-étendues. — Il faut bien se garder d'opérer dans de pareilles circonstances, car non-seulement le mauvais état de la malade réagira de la façon la plus déplorable sur le résultat de l'opération, mais il est même possible que des adhérences multiples vous forceront à laisser inachevée une tentative trop hardiment entreprise.

Mais au contraire, il ne faut pas hésiter à opérer en présence d'un kyste multiloculaire à contenu filant et visqueux, dont la marche est progressive, malgré tous les moyens employés pour la guérison, si la santé de la malade commence à s'altérer sensiblement, car dans ces circonstances, comme il a déjà été dit, l'affection tuerait inévitablement la femme dans le délai de 15 à 18 mois.

En résumé, pour Nélaton, le kyste à sa période moyenne de développement est seul opérable; à son début, il est trop tôt, à sa période ultime, il est trop tard (1).

9. Quelles que soient les raisons apportées pour ou contre, dit J. Worms (2), on ne doit tenter l'ovariotomie que comme dernier moyen de salut. La statistique ne prouve pas que comme moyen initial, elle sauve davantage de femmes : ainsi par exemple, dans les observations de Langenbeck (3) et de Borlase Childs (4), où l'ovariotomie fut appliquée comme premier moyen de traitement, la mort en fut le résultat.

6. Conditions relatives à l'âge de la malade.

1. Les femmes qui ont dépassé le moment de la ménopause paraissent se trouver dans de meilleures conditions.

L'adolescence est une contre-indication relative (Erichsen et Sp. Wells).

(1) *Leçons orales de l'hôpital des cliniques.* — Voir Laskowski, *loc. cit.*, p. 75.

(2) *Loc. cit.*, deuxième indication.

(3) Canstatt's *Jahresber.*, 1854, vol. IV, p. 220. — *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 745.

(4) *Med. T. and Gaz.*, 26 fév. 1859.

Cependant la moyenne des opérées de Sp. Wells donne le même chiffre pour les séries heureuses et malheureuses, c'est-à-dire 36 et 36,9 (1).

Boinet trouve que c'est dans le jeune âge, de 20 à 40 ans, qu'on obtient de meilleurs résultats.

2. D'après Kœberlé l'ovariotomie peut être tentée et réussir presque toujours à un âge avancé pourvu que les malades jouissent d'une bonne santé et que l'opération se présente dans des conditions favorables. Il y a des exemples des femmes de 60 à 70 ans et même davantage, opérées avec succès (2). La malade de W. L. Atlee, opérée à 68 ans, vivait encore trois ans après (3).

Clay, de Manchester, accuse aussi un égal succès pour ses ovariotomies pratiquées de 16 à 57 ans (4).

3. Giraldès s'abstiendrait si la malade avait plus de 40 à 45 ans (5).

4. Pour les femmes déjà avancées en âge, dit J. Worms, et nous partageons volontiers sa manière de voir, les dangers de l'opération ne sont pas compensés par le peu d'années qu'elle peut encore leur accorder.

(1) Léon Lefort. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 18. — Th. S. Lee, p. 2, *loc. cit.*

(2) Koeberlé. Observation XX, *Opérat. d'ovariotomie*, p. 83. — *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 25. — *Amer. Journ. of med. sc.*, avril 1855.

(3) Planté, *loc. cit.*, p. 17.

(4) *Brit. med. Journ.*, n° 120, 16 mars 1863.

(5) Société de chirurgie. Séance du 22 octobre 1862. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 701.

5. Résultats des statistiques.

STATISTICIENS.	De 15 à 20 ans.		De 20 à 25 ans.		De 25 à 30 ans.		De 30 à 35 ans.		De 35 à 40 ans.		De 40 à 45 ans.		De 45 à 50 ans.		De 50 à 55 ans.		De 55 à 60 ans.		De 60 à 65 ans		De 65 à 70 ans.		De 70 à 75 ans.	
	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.	Cas.	Mort.
Clay et Negroni (combin.). . . . (542 cas, 220 morts.)	42	42,8 °/o	91	38,4 °/o	97	48,4 °/o	78	44,8 °/o	86	41,8 °/o	46	45,6 °/o	47	40,4 °/o	25	28,0 °/o	22	40,9 °/o	6	33,3 °/o	1	»	1	»
Koeberlé. . . . . (69 cas, 24 morts.)	1	»	6	33,3 »	7	28,5 »	21	23,8 »	10	30,0 »	11	36,3 »	6	33,3 »	3	66,6 »	2	50,0 »	1	10,0 »	»	»	1	10,0 °/o
Krassowsky.	3	33,3 »	7	428, »	5	60,0 »	6	66,6 »	2	2	2	50,0 »	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Messchaert.	»	37,0 »	42 pour 100 de m.				43 pour 100 de m.				47 pour 100 de m.				»	36 »								
Laskowski. . . . . (93 cas, 32 morts.)	11	»	34 cas.				42 cas.								Cas au-dessus de 50 ans : 6 cas.									

7. Conditions relatives à la santé générale de la malade.

1. Il faut pour l'ovariotomie, malgré l'opinion de Clay, de Manchester (qui croyait que les femmes affaiblies guérissent plus facilement) (1), que la malade conserve suffisamment de vigueur pour supporter l'opération (2), que le sang de la patiente ne pèche pas par le défaut de plasticité, ce qui expose aux hémorrhagies consécutives : aussi ne peut-on assez scruter l'état général avant d'entreprendre l'ovariotomie. C'est un point sur lequel Stilling insiste beaucoup dans ses généralités (3) et sur lequel Kœberlé a également attiré l'attention (4).

2. D'un autre côté, comme nous l'avons déjà dit, avant d'entreprendre l'ovariotomie il faut que la santé commence à s'altérer et inquiète sérieusement sur le sort prochainement funeste de la malade et dans le seul but d'assurer le succès d'une opération qui serait en définitive toute de complaisance, on ne peut compromettre la vie d'une malade à qui plusieurs années peut-être étaient encore dues.

« Pratiquer l'ovariotomie, dit Nélaton (5), est selon moi, une chose fort grave et l'on n'est, je crois, autorisé à l'entreprendre qu'en présence d'un *danger certain et prochain.* Mais je crois aussi qu'il faut agir quand l'indication est précise. — Je désapprouve complètement l'opération *dans la première période de la maladie,* à l'époque où l'on ne connaît encore rien de certain sur la marche et sur l'avenir de la tumeur ; car il ne faut pas oublier que souvent ces tumeurs ont une marche très-lente, et que les malades ont pu les conserver, sans accidents graves, 8, 10, 12 ans. »

Erichsen a formulé la même opinion devant le North. London Society (6).

B. Brown (7) et Bryant, au contraire, préfèrent opérer le plus tôt possible pour réunir le plus grand nombre de bonnes conditions.

(1) J. Worms, *loc. cit.*, p. 744.
(2) Spencer Wells. *Fifty cases of ovariot.*, *sec. series.* Lond., 1863.— *Med. ch. Trans.*, 1865.
(3) *Loc. cit.*
(4) Obs. XXXVII, *Gazette des hôpitaux*, 1858, p. 129.
(5) Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 97.
(6) *Association med. J.*, 1854, p. 37.
(7) *Diseases of women*, p. 373.

L'urgence de l'ovariotomie, dirons-nous avec Herrera Vegas (1), doit dépendre de l'examen approfondi des particularités que peuvent présenter les cas, et il est impossible de poser à cet égard une règle générale.

Wiltshire et Watson ont sauvé une femme qui se mourait par suite de l'hémorrhagie de son kyste, en l'ovariotomisant (2). Sp. Wells fut appelé deux fois en de semblables conditions (3), mais arriva chaque fois trop tard. Une autre fois il sauva une malade intoxiquée par la gangrène de son kyste dont le pédicule s'était tordu (4).

L'extirpation sera encore indiquée tout spécialement lorsque l'organe affecté se trouve dans une hernie, ce que l'on n'a reconnu jusqu'ici qu'après avoir découvert la tumeur pour remédier à un étranglement : il faut dans ce cas imiter Deneux et Bérard qui excisèrent l'ovaire malade (5).

3. Statistiques :

STATISTIQUES DE :	Santé bonne.		Santé altérée.		Amaigriss. considér.	
	Cas.	Mortal.	Cas.	Mortal.	Cas.	Mortal.
J. Clay et Negroni (combinées)	71	45,0 °/.	78	52,5 °/.	101	49,5 °/.
Krassowsky	12	33,3 »	»	»	12	58,3 »
	83	39,1 °/.			113	53,9 °/.

Durée de la maladie. — D'après les statistiques de Negroni et J. Clay combinées, on trouve :

De	3	mois	à	1	an	16	cas	9	morts	56,2 °/₀.
De	6	»	à	1	»	32	»	11	»	34,3 °/₀.
De	1	an	à	2	ans	99	»	44	»	44,4 °/₀.
De	2	»	à	3	»	65	»	29	»	44,6 °/₀.
De	3	»	à	4	»	41	»	19	»	46,3 °/₀.

(1) *Loc. cit.*, p. 98.

(2) *Trans. of the patholog. soc.*, XIX, p. 293, 1869.

(3) Cette complication n'est pas d'une rareté excessive : l'autopsie a démontré le même accident chez la malade qui fait le sujet de l'observation de DUPUY. (*Comptes rendus des Séances et Mém. de la Soc. de biologie*, 1857, p. 54.)

(4) M. T. S. WELLS. *Third series of one hundred cases of ovariotomy, with remarks on tapping ovar. cysts* (vol. LII) *of the med. chir. Trans.* published by the Roy. med. and chir. Soc. of London. London, 1869.

(5) DESORMEAUX. Thèse citée, p. 53.

De	4	ans	à	5	ans	19	cas	6	morts	31,5 °/₀.
De	5	»	à	6	»	22	»	9	»	40,9 °/₀.
De	6	»	à	7	»	8	»	1	»	12,5 °/₀.
De	7	»	à	8	»	7	»	1	»	14,2 °/₀.
De	8	»	à	9	»	4	»	3	»	75,0 °/₀.
De	9	»	à	10	»	3	»	2	»	66,6 °/₀.
De 10 et au-dessus						21	»	10	»	47,6 °/₀.
De plusieurs années						7	»	3	»	42,8 °/₀.

8. Conditions relatives aux complications du kyste.

1. Il y a contre-indication absolue à l'ovariotomie quand la tumeur est cancéreuse (1), qu'elle renferme des parties solides qu'on ne peut pédiculiser et qui exposent à une prompte récidive ou à une mort rapide.

Il est bon de s'assurer comme le recommande J. Worms (2), par une ponction ou autrement, si les glandes mésentériques sont indurées, si la teinte cancéreuse existe.

Il est très-exceptionnel cependant de rencontrer des cas de mort par dégénérescence cancéreuse de l'ovaire restant ou d'un autre organe après l'extirpation, car il y a pour cet organe une aptitude toute spéciale pour les vices de nutrition. Il en est cependant des exemples : ainsi, dans l'observation d'Hutchinson (3) : femme de 40 ans, teint cachectique, 2 ponctions en 2 mois; tumeur datant de 18 mois : guérison après l'opération, mais mort des suites de la cachexie cancéreuse.

Quand il y a propagation de la dégénérescence cancéreuse après l'extirpation, les femmes sont rapidement enlevées (6 mois à 1 an).

2. Les tubercules pulmonaires, les lésions organiques du cœur, de l'estomac, de l'utérus, le diabète, la maladie de Bright, sont au même titre que la diathèse cancéreuse des contre-indications formelles à l'ovariotomie. Il faut donc s'attacher soigneusement à un examen rigoureux, scrupuleux

(1) COURTY. *Mal. de l'utér.*, p. 961. B. BROWN, *loc. cit.*, chap. V.
(2) *Loc. cit.* Indic. et contr'indic.
(3) *Med. Trans. and Gaz.*, 23 octobre 1858.

de la malade avant de la soumettre aux chances d'une opération aussi sérieuse. Il faut en un mot que la gravité de l'état de la patiente dépende uniquement de la tumeur cystique de l'ovaire (1).

3. Dans sa 5e observation, Kœberlé eut un succès : sa malade, religieuse, sujette à des bronchites habituelles, mourut rapidement de congestion pulmonaire qu'il attribue à l'action du chloroforme : d'autre, part le sang de cette femme était scorbutique, séreux, par suite d'une affection chronique du foie (2).

Dans sa 9e observation, la bronchite dont était également atteinte sa malade, la fit succomber aussi à cause des changements de position qu'elle prit pour soulager sa suffocation catarrhale et qui déterminèrent la péritonite par rupture des adhérences : en outre les douleurs abdominales dans les accès de toux, empêchaient la patiente de se débarrasser des mucosités bronchiques, d'où tympanite, etc. Si les pédicules avaient été suffisamment longs, observe Kœberlé, les changements de position n'auraient pas eu des conséquences aussi funestes (3).

La 4e malade de Péan, sujette à des attaques d'angine de poitrine fut enlevée par une crise de cette redoutable maladie peu de temps après l'opération (4).

3. Quand il y a dyspepsie tenace, gastralgie, constipation, il est bon comme le recommande Kœberlé (5) de ponctionner le kyste pour s'assurer qu'il n'y a pas de complication qui rende l'ovariotomie impossible : si la ponction fait cesser les troubles digestifs, on peut opérer.

4. Certaines malades sont disposées aux hémorrhagies en vertu d'une disposition particulière (6) : injection habituelle très-prononcée des vaisseaux capillaires de tout le système cutané : il est donc prudent de tenir grand compte de cette particularité avant d'entreprendre une opération dont l'hémorrhagie constitue un des plus grands dangers.

(1) J. Worms, *loc. cit.* — Boinet. *Gazette hebd.*, 1862, p. 679. — *Malad. des ovaires*, p. 417.
(2) Kœberlé. *Opér. d'ovariotomie*, p. 77.
(3) Kœberlé, *Ibid.*, pp. 131, 132..
(4) *Loc. cit.* Avant-propos, p. 3 (première édition).
(5) Obs. XLI. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 251.
(6) Kœberlé. Observation XL. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 250.

5. La cystite chronique et les calculs rénaux ne constituent pas une contre-indication absolue d'après l'observation de Liégeois (1).

6. Quand il y a péritonite ou commencement de septicémie, il est très-hasardeux de faire l'extirpation de l'ovaire : cependant une malade vouée à une mort inévitable peut quelquefois être sauvée par une opération hardie : c'est ainsi qu'on a vu Péan, à Paris même, réussir à la suite de la rupture d'un kyste suppuré (2), Keith (3), à la suite d'une ponction faite 7 jours auparavant et pour un kyste dont le contenu était en décomposition putride, Daviers (4), pour un kyste dont une des loges renfermait des gaz ; Wells néanmoins a échoué dans 3 cas analogues (obs. 33, 96, 107), Kœberlé dans l'obs. XX, et d'autres opérateurs.

7. L'ascite et l'anasarque, quand elles coexistent, doivent dépendre de la tumeur ovarique : il faut donc toujours examiner les urines de la malade pour s'assurer de la cause de l'hydropisie. Lorsqu'elle est ancienne et symptomatique de péritonite chronique, il y a contre indication absolue.

D'une manière générale, l'ascite aggrave le pronostic de l'ovariotomie, ainsi : sur 24 cas de Sp. Wells où existait cette complication il y a eu 16 morts, 8 guérisons

Sur 5 cas de Kœberlé, il y a eu 2 morts, 3 guérisons.

Sur 3 cas de Keith, il y a eu 2 morts, 1 guérison (5).

8. La grossesse constitue une contre-indication absolue, car l'opération faite dans ces conditions amène inévitablement l'avortement (6). Pour la conduite à tenir en pareil cas nous renvoyons à l'article spécial que nous y avons consacré.

9. L'œdème des parois abdominales aggrave toujours les conditions de

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1868.
(2) IIe observation, *loc. cit.*, première édition, p. 14.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 596.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 596.
(5) KOEBERLÉ. Obs. XX. *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 596.
(6) SPENCER WELLS a néanmoins réussi dans ces conditions (Voir Statistique de 1869) et dans une discussion récente à la Société obstétricale de Londres, il rappelait qu'il avait quatre fois pratiqué l'ovariotomie pendant la grossesse, et que toutes les malades avaient guéri (*Med. Times and Gaz.*, 6 jan. 1872).

l'opération : on peut, en ce cas, comme le conseille Kœberlé, pratiquer une ponction préalable qui en permette la résorption en grande partie (1).

9. Conditions relatives au lieu de l'opération.

1. La longue série de succès de Kœberlé ne laisse plus aujourd'hui place au doute à propos du grief dont on a voulu charger le climat et le tempérament français. — Si en Angleterre les ovariotomistes ont été longtemps plus heureux qu'en France, c'est parce qu'ils opéraient dans de meilleures conditions, dans des maisons de santé comme le faisait par exemple, B. Brown, dont les statistiques parlent haut à cet égard, et jamais ou rarement à l'hôpital (2). Les ovariotomies pratiquées dans les hôpitaux de Londres ne donnèrent que de très-rares succès (3). Les ovariotomistes anglais ne reculent pas non plus devant l'opération pour une femme jeune encore et dont l'état général n'est nullement compromis (4). Ils opèrent de bonne heure avant que le développement du kyste et les ponctions répétées aient produit des adhérences et altéré la constitution (5).

2. D'ailleurs encore, les statistiques anglaises n'ont pas toujours eu le mérite de l'exactitude, ce dont Sp. Wells lui-même se plaignait (6).

(1) LAKOWSKI, *thèse citée*, p. 74.

(2) Il en est de même des ovariotomies de T. KEITH (*The Dubl. quart. J. of med. sc.*, nov. 1870, p. 406).

(3) Voir GIRALDÈS. Société de chirurgie. Séance du 22 octobre 1862. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 764. D'après DELSTANCHE, l'atmosphère viciée de nos hôpitaux paraît être la cause principale de l'insuccès des ovariotomies belges. Quoiqu'il en soit, SPENCER WELLS, récemment encore (*Med. T. and Gaz.*, sept. 3, 1870. « *Hospital Experience of ovariotomy* ») accusait la même influence sans pouvoir l'expliquer : sur 47 cas d'opérations faites à l'hôpital pendant le cours de ces deux dernières années, dit-il, je compte 28 guérisons et 19 morts, soit 47 °/₀ de mortalité : et durant la même période j'ai opéré dans la pratique privée 57 ovariotomies dont 43 ont été suivies de guérison et 14 seulement de mort, soit 1 mortalité de 24 °/₀, ce qui constitue une différence bien importante d'avec celle relevée pour l'hôpital.

(4) GIRALDÈS. Société de chirurgie. Séance du 27 novembre 1861. — *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 787.

(5) *The med. Trans and Gaz.*, 1862, 25 octob., p. 451. Les succès éclatants de PÉAN, pour des ovariotomies entreprises dans les conditions les plus défavorables de santé et de lieu, ont aujourd'hui suffisamment jugé la question (Société de chirurgie, 21 novembre 1871).

(6) CHASSAIGNAC. Société de chirurgie. Séance du 27 novembre 1861. *Gazette hebdomadaire* 1861, p. 787.

3. Les succès de l'éminent chirurgien anglais tiennent à sa manière de juger les indications et de ses procédés dans l'exécution (1).

4. Ce n'est donc pas la *chair anglaise* qui donne la clef des succès plus grands en Angleterre (2). Comme le fait remarquer Boinet (3), les anglais opèrent les kystes simples uniloculaires ; les adhérences solides, vasculaires, sont pour eux contre-indication formelle, ou si par erreur, ils ont commencé l'opération, ils l'abandonnent, et ne la renseignent pas dans leurs statistiques où ne figurent que les ovariotomies achevées, terminées.

5. En consultant d'ailleurs les statistiques de chaque ovariotomiste en particulier, on voit la marche ascendante des succès d'une manière absolue par année pour tous et en particulier pour chacun d'eux, ce qui tient aux perfectionnements apportés à l'opération, à l'expérience plus grande des opérateurs, aux soins consécutifs mieux administrés, etc. C'est ainsi, par exemple que Keith, à Edimbourg, jusqu'en 1862, n'a que des insuccès et que depuis lors, dans la même ville, il enregistre des succès remarquables (78,05 °/0 de guérisons).

Kœberlé,	1re année,	6 ovariotomies,	1 mort,	16,6 °/0 de mortalité.
	2e »	4 »	2 »	50,0 » »
	3e »	8 »	2 »	25,0 » »
	4e »	9 »	4 »	44,4 » »
	5e »	19 »	9 »	47,3 » »
	6e »	23 »	6 »	26,0 » »
	7e »	25 »	5 »	20,0 » »
		94 »	29 »	32,7 °/0 »

S. Wells (4)	1re série de 100 cas,	66 guérisons,	34 morts,	34 °/0.
	2e » » » »	72 »	28 »	28 »
	3e » » » »	77 »	23 »	23 »

6. En France, presque toutes les opérations ont été pratiquées dans des conditions déplorables sauf celles de Kœberlé qui a adopté une ligne

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1860, pp. 659 et 660.

(2) Chauffard. *Considérations touchant l'influence des races sur le résultat des opérations chir.* — *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 714.

(3) *Revue médicale*, p. 539, 1863. — *Malad. des ovaires*, p. 336.

(4) *Med. Times and Gaz.*, 29 mai 1869.

de conduite qui se rapproche beaucoup de celle des chirurgiens anglais : la mauvaise santé des malades, les complications, peut-être le mode de pansement, les soins consécutifs y sont probablement pour quelque chose ; les péritonites sont plus fréquentes en pareil cas : on remarque également plus communément le shock ou commotion nerveuse lorsque la santé est détériorée par une longue durée de souffrances. En France du reste, les malades ne se décident qu'à toute extrémité.

7. En résumé, en comparant exactement les mêmes cas en France et en Angleterre on obtiendrait sensiblement les mêmes proportions pour les deux pays.

Sur 26 opérations pratiquées en province depuis 1860, il y a eu 10 morts, dont plusieurs inédites et 15 guérisons, c'est-à-dire une moyenne plus forte que la moyenne des Anglais, tandis qu'à Paris on ne compte que 3 succès sur 16 à 17 opérations (1).

10. Conditions relatives aux moyens de traitement employés.

1. Nous avons vu à propos du traitement les indications des moyens divers que les kystes de l'ovaire peuvent réclamer. Ce n'est donc qu'après avoir mis en usage ces différents moyens lorsqu'ils se trouvent indiqués, qu'on est autorisé à présenter l'ovariotomie comme la seule ressource à offrir aux malheureuses affligées de kyste de l'ovaire, à moins que ces traitements antérieurs n'aient mis la malade ou le kyste dans des conditions impossibles à supporter l'ovariotomie, comme le seraient par exemple les traitements dits incompatibles de B. Brown, dont nous avons déjà parlé.

2. Nous ferons cependant cette réserve qu'aujourd'hui on n'a plus guère recours qu'à la ponction simple, à la ponction suivie d'injection iodée et exceptionnellement à l'ouverture du kyste par les caustiques dont on essaie l'efficacité avant de considérer l'ovariotomie comme nécessaire.

3. Le nombre de ponctions pratiquées antérieurement à l'ovariotomie a-t-il de l'influence sur les résultats de l'ovariotomie? Elle est peu sensible comme on peut s'en assurer par les relevés suivants :

(1) Koeberlé. *Opérat. d'ovariotomies*, p. 59.

PAS DE PONCTION.		Statistiques.	1 PONCTION.		2 PONCTIONS.		3 PONCTIONS.		4 PONCTIONS.		5 PONCTIONS.		6 PONCTIONS.		7 PONCTIONS.		8 PONCTIONS.		9 PONCTIONS.		10 PONCTIONS.		Plus de 10 ponctions.		Plusieurs ponctions.		De 4 à 16. ponctions.	
Cas.	Mortalité.		Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.	Cas.	Mortalité.
		Clay	52	44,2 °/°	22	40,9 °/°	9	22,2°/°	8	62,5 °/°	3	33,3 °/°	2	50,0 °/°	5	20,0 °/°	4	50,0 °/°	1	100 °/°	2	100 °/°	17	52,9 °/°	»	»	»	»
		Negroni	36	27,7 »	20	45,0 »	9	55,5 »	»	»	2	50,0 »	7	57,1 »	1	100 »	3	66,6 »	1	»	»	»	5	20,0 »	3	33,3 °/°	»	»
135	27,4 °/°	Sp. Wells. . . .	78	25,6 »	36	33,3 »	19	26,3 »	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	33,3 °/°
34	38,2 »	Koeberlé. . . .	18	»	6	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	Très-forte.	»	»
169	32,8 °/°		184	32,5 °/°	84	39,7 °/°	37	34,6 °/°	8	62,5 °/°	5	41,6 °/°	9	53,5 °/°	6	60,0 °/°	7	59,3 °/°	2	50,0 °/°	2	»	22	36,4 °/°	3	»	»	33,3 °/°

4. On ne doit jamais oublier non plus que l'acquiescement de la malade est de rigueur et qu'on doit lui faire envisager avec les formes qu'on se croira obligé d'employer, les chances qui résulteront pour elle de cette entreprise. On doit laisser à l'appréciation du chirurgien d'ailleurs la conduite à tenir en ces circonstances, où il est parfois avantageux d'user de pieux mensonges et, comme l'observe J. Worms (1), il sera toujours juge du moment opportun où il devra parler des devoirs religieux désirés par la malade dont les intérêts, quels qu'ils soient, sont alors dans ses mains.

5. A l'exemple de J. Worms (2), nous donnerons comme type de la conduite à suivre, d'après les indications que nous venons d'étudier, l'observation suivante de Ch. Clay, de Manchester (3).

« Le 2 novembre 1842, ce médecin est consulté par la nommée Anna Edge, de Thornet (Derbyshire), qu'on lui amène en voiture. L'abdomen est tellement développé que l'ombilic touche aux genoux et cette femme ne peut se tenir debout qu'avec la plus grande difficulté.

Elle a 39 ans, elle est très-amaigrie et très-faible, elle a eu 3 enfants et s'est bien portée dans sa jeunesse. Il y a 7 ans, après la naissance de son deuxième enfant, elle a senti dans le ventre une tumeur dont elle ne s'est pas préoccupée; mais depuis son troisième accouchement qui eut lieu 4 ans plus tard, le ventre a toujours augmenté de volume. Depuis 3 mois, on a dû pratiquer 4 fois la ponction; chaque fois il s'est écoulé une grande quantité de liquide.

« Actuellement la distension du ventre est telle, que la ponction devient nécessaire dès le lendemain. Il s'écoule 30 litres de liquide foncé; on sent alors une autre poche que l'on ponctionne en réintroduisant le trocart dans la canule laissée dans l'abdomen et appliquée contre cette deuxième tumeur: il s'en écoule 30 litres d'un liquide plus clair. A part ces deux grands kystes, il en existe encore deux autres plus petits, l'un dans la fosse iliaque droite, et l'autre au-dessus du pubis.

« Cette femme étant venue demander un soulagement à M. Clay, celui-ci

(1) *Loc. cit.*, troisième indication.
(2) *Loc. cit.*, p. 746.
(3) *Results of ovariotomy* by CH. CLAY. Manchester, 1848, p. 19.

lui expose ainsi qu'à ses parents, les avantages et les inconvénients de l'extirpation, la seule ressource possible : cette opération est acceptée.

« Le 8 novembre 1842, M. Clay l'exécute en présence de MM. Radford, Hurson, etc.

« On procéda de la façon accoutumée : il existait des adhérences très-nombreuses, et en quelques points très-solides, avec les organes voisins; on put les séparer et l'on finit par extraire une tumeur composée de deux grandes cavités, de deux plus petites, renfermant des matières solides dans leurs parois. Le tout ensemble, poches, tumeurs solides et liquide contenu, pesait 73 livres anglaises.

« Aucun accident particulier ne survint ; on prescrivit de l'opium pendant quelques jours, le douzième, cette femme se leva pour la première fois, quitta Manchester 5 semaines après l'opération, et se portait à merveille, 6 ans plus tard, quand M. Clay publiait son histoire.

« Cette observation, ajoute Worms, présente toutes les garanties d'authenticité désirables : le nom de la malade et des témoins de l'opération sont indiqués; la nature de la maladie était nettement caractérisée; les ponctions n'avaient fait qu'accélérer la reproduction du liquide. Quel avantage auraient pu produire des injections irritantes en présence de la multiplicité des poches qui existaient dans ce cas ? La malade était arrivée à un degré de marasme tel que la mort ne se serait pas longtemps fait attendre. »

ARTICLE TROISIÈME. — PRONOSTIC DE L'OVARIOTOMIE.

1. Par les considérations dont nous avons accompagné l'exposé des indications et contre-indications de l'extirpation, nous avons en même temps établi en grande partie le pronostic. Rappelons ici qu'il est surtout en rapport avec l'âge et la santé de la malade, l'habileté opératoire plus ou moins grande du chirurgien ; la nature et les relations de la tumeur, les adhérences, son volume et les traitements antérieurs qu'on lui a fait subir.

2. Quand il n'y a pas d'adhérences, que le pédicule est long ou que les

adhérences sont légères ou encore que très-vasculaires, elles ne se relient qu'à l'épiploon, que l'opération est pratiquée convenablement et sans complications graves, on doit d'après Kœberlé (1), obtenir 95 guérisons sur 100. Dans de semblables conditions, l'ovariotomiste de Strasbourg regarde l'ovariotomie comme moins dangereuse que la ponction simple ou suivie d'injection iodée (2).

« L'opération n'est par elle-même ni délicate ni difficile, dit Velpeau (3), les occasions de la pratiquer ne sont que trop fréquentes : les maladies qui la réclament, abandonnées aux ressources de l'organisme, entraînent presque constamment la mort. Mais aussi, pour qu'elle offre des chances de succès, il faut que la tumeur soit mobile, n'adhère pas aux intestins, puisse être facilement séparée des organes abdominaux, ait une racine ou un pédicule peu volumineux, et n'expose pas à la blessure de trop de vaisseaux ; il faut en outre qu'elle puisse être reconnue et distinguée de toute autre maladie, ce qui est loin d'être toujours facile. »

3. Les cas compliqués avec des adhérences étendues sont d'autant plus chanceux que la perte sanguine est plus considérable, la durée de l'opération plus longue, l'hémorrhagie arrêtée plus ou moins complètement, les surfaces traumatiques plus étendues, les vomissements chloroformiques plus fréquents, la tumeur plus considérable ; que les adhérences existent dans le bassin, ou avec le foie, le diaphragme, tous points où l'hématose est très-difficile à obtenir : dans de pareilles conditions, tout dépend des circonstances, de l'habileté et de l'expérience du chirurgien (4).

4. Le pronostic sera d'autant plus favorable que l'opération dure moins longtemps (5).

Sur 8	cas	d'une durée	d'une	1/2 heure	il y	a eu	8	guérisons.	
26	»	»	»	1	»	»	20	»	3/4.
15	»	»	»	1 1/2	»	»	6	»	2/5.
5	»	»	»	2 heures et plus			1	»	1/5.

(1) Obs. XVII. *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 455. — obs. XLVI, LXI. *Ibid.*, 1868.

(2) Obs. XXIII. *Ibid.*, 1867, p. 127.

(3) *Dictionnaire de médecine*, t. XXII, p. 594.

(4) Observation XLVI. *Ibid.*, 1868, p. 310.

(5) Koeberlé. Observation XLI. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 311.

Dans la statistique de Kœberlé, il est constaté que la mortalité a été proportionnelle au *poids* des tumeurs, dans certaines limites :

Ainsi de	1 à 5 kilogr.	sur 8 cas,	il y a eu 8 guér.	100 °/₀ de guér.	
»	5 » 20 »	» 51 »	» 35 »	68,6 »	»
»	20 » 50 »	» 10 »	» 2 »	20,0 »	»
Perte de sang :	50 gram.,	18 »	» 17 »	94,4 »	»
	100 à 500 »	25 »	» 15 »	60,6 »	»
	500 à 1000 »	18 »	» 12 »	66,6 »	»
	1000 à 2000 »	6 »	» 1 »	16,6 »	»
	2000 et plus »	2 »	» 2 »	100,0 »	»

5. Dans le pronostic à porter après l'opération, on doit tenir compte des circonstances ou des accidents qui ont accompagné celle-ci : du mode opératoire qu'on a dû suivre et des soins consécutifs.

6. Nous verrons plus tard les avantages ou les inconvénients qui résultent de tel procédé plutôt que de tel autre; du traitement du pédicule laissé dans l'abdomen ou retenu au dehors ; retenu, lié ou divisé de diverses façons ; de l'administration des anesthésiques, de la nature des incisions et de la variété de suture, etc., etc.

7. Clay, de Manchester, rejette la polyurie comme constituant un signe favorable chez les opérées. D'un autre côté, il admet certains jours critiques :

Dans les 24 heures, il y a à craindre l'ébranlement nerveux.

Le 3ᵉ jour présente un autre danger dû à l'inflammation dont on n'aura pu se rendre maître.

Le 6ᵉ jour, les personnes âgées sont sujettes à la prostration qui suit la péritonite.

Chez les jeunes personnes, ce danger se montre plus tard, au 9ᵉ ou 10ᵉ jour.

Le 12ᵉ jour, on doit redouter les accidents consécutifs au relâchement ou à la chute des ligatures du pédicule et il peut y avoir alors péritonite secondaire.

8. Les femmes auxquelles on a enlevé un ovaire, n'en restent pas moins fécondes, la menstruation revient après l'opération et poursuit son cours

habituel. Ainsi d'après Crouch (1), de 9 femmes dont on a renseigné les accouchements postérieurs à l'ovariotomie il serait né 22 enfants :

5 de ces cas appartiennent à Clay.

1	»	»	Jeaffreson.
1	»	»	B. Brown.
1	»	»	Cornish (Taunton).
1	»	»	Crouch.

Dans 2 cas d'Atlee (2) les malades eurent 2 enfants après l'ovariotomie.

Dans 1 cas de Quittenbaum (3), l'opérée eut un enfant.

Chez plus de 20 opérées de Spencer Wells (4) et pour trois de celles de Kœberlé, la même chose eut lieu, et ainsi de beaucoup d'autres encore.

9. Ces faits de Crouch ont fait tomber cette fable d'après laquelle le sexe de l'enfant était déterminé par l'ovaire, puisque chez 4 malades où l'ovaire gauche avait été enlevé il y eut 3 garçons et 5 filles ; tandis que chez les 5 autres où l'ovaire droit fut extirpé, on constata 7 naissances mâles et autant de femelles. — La première opérée de Kœberlé (juin 1862) a eu depuis l'opération, un garçon et deux filles.

10. En somme, les suites de l'ovariotomie sont aussi satisfaisantes que possible : les femmes se rétablissent rapidement, continuent à jouir des attributs de leur sexe et reprennent une santé des plus florissantes. — Pendant quelques temps il peut persister des sensations douloureuses dues au tiraillement, résultat du léger déplacement de l'utérus, de l'adhérence du pédicule à la paroi abdominale et de la cicatrice du ligament de l'ovaire. Enfin, comme nous aurons encore l'occasion de le dire, l'éventration peut s'opérer en un point quelconque de la réunion de la ligne blanche et permettre la formation d'une entérocèle.

(1) *Lancet*, 1859, vol. I, p. 142.
(2) Fock, *loc. cit.*, 146, 147, n° 1 et 2.
(3) *Eierstockskrankheiten* u. z. w. *Dissert. Rostock*, 1850, u. Simon, *loc. cit.*, s. 139.
(4) *Lancet*, 1860, vol. II, p. 586. — *Med. Times and Gazette*, 1860, vol. II, p. 593. — *Gaz. médicale de Paris*, 20 octobre 1869.

ARTICLE QUATRIÈME. — MÉTHODES ET DÉTAILS OPÉRATOIRES.

> Satius est enim anceps auxilium experire quam nullum (Celse).
> (Negroni. *Aperçu sur l'ovariotomie*, p. 25.)

1. Les indications et contre-indications de cette importante opération ont été pesées et jugées : un diagnostic minutieux a appris que la tumeur est un kyste, en même temps qu'il renseignait son caractère et ses relations avec le voisinage (1).

2. Le chirurgien qui se dispose à pratiquer l'ovariotomie doit comme le dit Caternault (2), être sur le qui vive et se tenir prêt contre toutes les éventualités. « C'est ici surtout qu'il faut posséder des connaissances anatomiques étendues, un coup d'œil juste, une conception vive, une résolution ferme, un sangfroid à toute épreuve, car au moment où vous ouvrez le ventre, vous marchez à l'inconnu et prenez-y garde, la mise en scène peut devenir des plus dramatiques, des plus effrayantes, même pour les personnes habituées au spectacle des opérations les plus graves de la chirurgie, et n'oubliez pas que la moindre faute, une simple méprise, peuvent tout compromettre et tout perdre. »

Il y a évidemment une exagération, que pourrait peut-être faire comprendre l'enivrement d'un succès, dans cette opinion de Lacroix, de Béziers, qui trouve que « l'ovariotomie n'est pas une opération difficile, que la moindre opération de hernie étranglée offre des difficultés autrement sérieuses (3). » Passe encore s'il n'était question que de kystes tout à fait simples, sans adhérences ; ce qui est la rarissime exception : et en tout état de cause l'ovariotomie ne leur est pour ainsi dire jamais applicable.

3. Le point essentiel d'après Nélaton, c'est d'avoir vu pratiquer souvent et avoir pratiqué soi-même l'ovariotomie (4).

(1) Krassowski, *loc. cit.*, p. 5.
(2) Thèse citée.
(3) *Bulletin général de therapeutique*, 1867, t. LXXII, p. 509.
(4) Delstanche, *loc. cit.*, p. 323.

4. Nous avons vu dans l'historique que des procédés opératoires ont été décrits par Theden, puis par Monteggia, Smith et Mac Dowell (1). Le procédé de Langenbeeck, rapporté par Wagner, ne diffère en rien des procédés ordinaires (2).

Aujourd'hui c'est le procédé anglais, surtout celui de Wells qui est généralement suivi.

5. Avant de procéder à l'opération, le chirurgien doit préparer sa malade à la terrible épreuve qu'elle va subir, faire choix du jour et du lieu de l'opération, s'assurer des instruments et des aides nécessaires, fixer d'une façon nette et précise la position et le rôle de chacun et lorsqu'il aura mis sa conscience à l'aise en faisant appel aux lumières de confrères instruits et prudents lesquels auront comme lui reconnu la nécessité de l'ovariotomie, il pourra entreprendre sans crainte trop exagérée cette délicate opération dans laquelle réside l'unique chance de salut de sa cliente et dont il n'a en définitive pas le droit de la priver, en se rappelant l'antique devise : « fais ce que dois, advienne que pourra. »

§ Ier. PRÉLIMINAIRES DE L'OVARIOTOMIE.

1. *Préparation de la malade.*

1. Nous l'avons déjà dit, il faut avoir grand soin, comme le recommande si instamment Stilling dans son livre (3), de s'assurer de l'état du sang de la malade, d'après son habitus extérieur, etc., et s'enquérir de ses habitudes, de ses antécédents, etc. Il faut alors, par une diète convenable, reconstituer la fibrine et les globules lorsqu'ils ne sont pas en quantité suffisante pour supporter l'opération et s'opposer aux hémorrhagies. On recourra à une alimentation réparatrice, à une habitation dans un lieu convenablement aéré, à des frictions sèches sur la peau. B. Brown recom-

(1) Voir *Biblioth. du méd. pratic.*, t. I, 677.
(2) SCANZONI, *loc. cit.*, p. 408. — WAGNER, LANGENBEEBK'S *Meth. der Extirpat. Ovar. Verh der Ges. f. Geb.*, VI Heft, s. 181, 1852.
(3) *Loc. cit.*, pp. 16-20.

mande les bains chauds fréquents, pour nettoyer, ramollir la peau et assurer une libre perspiration après l'opération (1).

On peut aussi selon indication conseiller les toniques médicamenteux, le perchlorure de fer, comme le fait Simpson ou l'un des péroxychlorures de fer de Béchamp (2), comme le préfère Courty (3). B. Brown en certains cas a recours à l'arnica (4).

2. Un petit état fébrile avec remittences indique probablement une phlegmonie subaiguë dont il est bon de tenir compte (5).

3. Il est de règle de vider l'intestin la veille du jour choisi pour l'opération et cela par un purgatif huileux de préférence :

♃ ol. ricin.	30 grammes.
Syr. tartr.	20 à 25 grammes.

En 2 fois à une 1/2 heure d'intervalle à partir de midi.

Le soir on administre 1 ou 2 grammes de sous-nitrate de bismuth qui décompose les sulfures gazeux du tube digestif et s'oppose à son météorisme (6).

C'est le matin même de l'opération que B. Brown vide l'intestin par une dose de fiel de bœuf ou d'huile de ricin (7).

4. La vessie doit être soigneusement vidée avant de commencer l'opération, par le cathéter, car il est des malades qui ne vident qu'incomplètement ce réservoir. On évite ainsi tout mouvement à l'opérée et c'est là un point important (8).

5. Comme le recommande judicieusement le docteur Gayet (9), il faut tenir grand compte de l'inquiétude que doit éprouver la malade si elle se

(1) *Loc. cit.*, chapitre V.
(2) *Montpellier médical*, 1858, p. 189.
(3) *Mal. de l'utérus*, p. 996.
(4) *Loc. cit.*
(5) Ovariotomie de MM. DEMARQUAY et NÉLATON in *Gazette médicale de Paris* et *Archives belges de médecine militaire*, t. XXIX, 1862, p. 223.
(6) KOEBERLÉ. *Opérat. d'ovariotomie*, p. 54.
(7) *Loc. cit.*
(8) BOINET. *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 678. — *Maladies des ovaires*, p. 412.
(9) *Gazette hebdomadaire*, 1865, p 487.

voit l'objet de soins extraordinairement attentifs : il y a là une exagération dans laquelle il ne faut pas tomber.

6. Comme la malade doit être chloroformée elle ne prendra pas de nourriture plusieurs heures avant l'opération et pour prévenir la faiblesse générale qui pourrait survenir, on lui donnera à sucer un morceau de glace deux ou trois heures avant de commencer : B. Brown insiste beaucoup sur ce point auquel il attache de l'importance (1).

7. Quelques heures ou un ou deux jours avant l'opération, quand la tumeur est considérable, Kœberlé la ponctionne pour diminuer le volume et étirer les adhérences s'il en existe. C'est à tort qu'à Paris on craint par là rencontrer plus de difficulté pour détacher les adhérences (2).

2. Choix du jour et du lieu.

1. Pour éviter les effets désastreux que la congestion pourrait déterminer sur l'utérus, on fixera le moment de l'opération environ 8 jours après la cessation des règles (3).

2. Un temps lourd, une atmosphère basse, un air peu ozônisé constituent une contre-indication (4).

3. La température de la chambre où l'on doit opérer doit être soigneusement réglée. — Le thermomètre ne doit jamais marquer moins de 66° ou 70° Fahrenheit et jamais plus de 70° (21° centigrades) (5).

La température ne doit jamais être assez élevée pour gêner l'opérateur ou la malade. B. Brown recommande (6) en outre de tenir un grand vase plein d'eau bouillante sur le feu pour maintenir une humidité convenable de l'air, surtout quand le vent est à l'Est ou que le temps est chaud et sec.

(1) Labalbary, *loc. cit.*, p. 69. — B. Brown, *loc. cit.*, chap. V.
(2) Reveillout. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 393.
(3) Courty. *Mal. de l'utérus*, p. 966.
(4) Société obstétricale de Londres. Séance du 8 mars 1862. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 206. — B. Brown, *loc. cit.*, chap. V.
(5) B. Brown. *Ibid.* — Spencer Wells in Jottrand, *loc. cit.*
(6) In Labalbary, *loc. cit.*, p. 69.

Kœberlé et aussi Clay, de Manchester (1), exigent au contraire dans la chambre de l'opérée une température élevée pour ne pas l'exposer à un refroidissement par suite d'une exposition prolongée à l'air du ventre, du péritoine, des intestins et des organes abdominaux (2). Boinet réclame aussi au moins 20 à 25 degrés centigrades (3), Krassowski de 17 à 18 (4) et Peaslee 80° Fahrenheit (5).

4. La chambre doit être bien aérée dit Sp. Wells. — Le docteur Butcher donne à cet égard et avec une conviction entraînante, des conseils qui nous paraissent parfaitement rationnels : nous n'hésitons pas à en donner la traduction :

« Je suis persuadé (6) qu'il y a une grave erreur à surélever la température de la chambre d'opération au-delà de ce que réclame le confort habituel. Je crois qu'il est de la plus haute importance pour le résultat de l'opération que la chambre soit fraîche, qu'il y ait accès d'une large quantité d'air pur, renfermant en grandes proportions les éléments propres à un sang mal oxygéné. — On ne doit pas oublier que la patiente soumise à cette opération est rendue insensible par le chloroforme et longtemps maintenue dans cet état ; que lorsqu'elle est transportée dans la chambre d'opération elle se trouve dans des conditions d'oxygénation imparfaite du sang par suite de certains obstacles physiques : les téguments froids, le pouls faible, les lèvres livides, etc., tout dénote ces conditions : or, est-il raisonnable de supposer qu'en pareille occurrence on puisse sans impunité refuser à cette femme un air bien oxygéné? Ne doit-on pas admettre qu'en l'absence de cet air, lé shock de l'opération et les effets congestifs dus à l'administration du chloroforme vont se prolonger dangereusement pour l'opérée ? »

Nous croyons qu'il faut faire son profit de ces sages recommandations tout en n'oubliant pas néanmoins que l'on doit éviter toute exagération et qu'un abaissement considérable de la température prédispose tout autant

(1) *Brit. med. J.*, n° 120, 16 mars 1863.
(2) Koeberlé. *Opérat. d'ovariot.*, obs. VII, p. 107.
(3) *Malad. des ovaires*, p. 372.
(4) *Loc. cit.*, p. 7.
(5) *Amer. J.*, apr. 1851.
(6) *On ovariotomy*, etc., p. 24.

au shock par la dépression qu'il exerce sur les forces de l'organisme (1).

5. Il ne doit pas exister le moindre encombrement : que la chambre soit placée dans l'isolement et située dans les conditions hygiéniques les plus minutieuses. Si l'ovariotomie pratiquée 16 fois dans les hôpitaux de Paris a entraîné 16 fois la mort, quoiqu'il y eut là des cas favorables pour le succès, c'est qu'il y manquait l'air de la campagne. — Il est cependant des exceptions, mais dont il faut soigneusement se garder de faire une règle : ainsi la première observation de Péan (2) concerne une malade opérée dans les pires conditions hygiéniques qu'il soit possible de rencontrer et chez laquelle il n'en obtint pas moins un succès complet.

« La chambre que l'opérée habita pendant toute la durée du traitement et dans laquelle l'opération avait été pratiquée était petite : elle avait à peine 3 m. sur 3 m. 50 : elle était exposée à l'ouest, au deuxième étage sur une rue aérée, il est vrai, mais très-bruyante : elle n'avait qu'une fenêtre et était contiguë à la seule chambre qui, avec elle, constituaient tout l'appartement de cette famille, chambre dans laquelle couchaient cinq enfants, où l'on faisait la cuisine et où l'on séchait, (on était en hiver) le linge nécessaire à la malade »

6. Une recommandation dont il faut également tenir bonne note, c'est de prendre garde, comme le dit Bailly (3), à ne pas opérer dans un appartement où une malade a été atteinte précédemment d'accidents tels que : infection purulente, manifestations diphtéritiques, etc. Une malade de Demarquay (4) et deux mois après une opérée de Boinet (5) dans le même local, furent atteintes de muguet et de manifestations diphtéritiques.

3. Conduite à suivre près de la malade au moment de l'opération.

A. 1. Spencer Wells recommande de faire l'opération autant que possible dans le lit qu'occupera ensuite l'opérée, pour éviter les mouve-

(1) GAYET. *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 487.
(2) *Loc. cit.*, première édition, p. 13
(3) CH. BAILLY. *Traitement des ovariotomisées*, p. 72.
(4) Opération du 22 juin 1869.
(5) Ovariotomie du 24 août 1869.

ments et les déplacements, Boinet préfère en changer à cause des souillures qu'entraîne inévitablement l'opération (1) et de préparer le lit définitif dans la même pièce en disposant sous la malade, avant d'opérer, une alèse pliée qui pourra servir à la transporter (2).

Quand on opère sur le lit que doit occuper la malade, on doit, comme le conseille B. Brown, placer en dessous de celle-ci une toile cirée recouverte d'un vieux drap qu'on retire ensuite (3).

2. La couche, dans tous les cas, doit être ferme et étroite et si un deuxième lit est préparé pour la recevoir après l'opération, la femme peut être couchée sur une table d'opération de hauteur et largeur convenables et éclairée par une bonne lumière.

3. La position à donner à la malade doit être horizontale, la tête un peu élevée (4). Tyler Smith la dispose dans une position demi-assise, demi-couchée, dans un grand fauteuil à dos très-renversé et se place entre les membres inférieurs tenus écartés par un aide (5). Les avantages que ce chirurgien croyait retirer de cette position ne sont pas suffisamment compensés par ses inconvénients et il n'a été imité par personne. Hutchinson insiste beaucoup sur le décubitus latéral du côté opposé à celui où s'est développé la tumeur : de cette façon les intestins ont moins de tendance à s'échapper, on enlève plus facilement le kyste et on diminue les chances de voir le liquide tomber dans le péritoine (6).

Butcher recommande de placer la patiente vers l'extrémité de la table à opérer, les jambes pendant à angle droit sur les cuisses, les pieds reposant sur une tablette tirée de la table, ou simplement sur une chaise à hauteur convenable. On doit s'en rapporter à la malade pour l'élévation à donner à ses épaules, à la nuque, à la tête : en même temps deux coussins doivent être placés sous les reins. Ce ne sont pas là, ajoute le

(1) *Malad. des ovaires*, p. 372.
(2) *Ibid.*, p. 374.
(3) *Loc. cit.*, chap. V.
(4) Spencer Wells in Jottrand et Bottaro, *loc. cit.*
(5) Courty. *Lettres à* M. Bouisson, etc. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 522.
(6) *Brit. med. J.*, mars 1863.

chirurgien anglais, des minuties inutiles parce qu'il faut se rappeler que la malade a la respiration embarrassée, qu'elle l'est encore davantage dans la position horizontale; par conséquent, on doit chercher la position qui facilite l'accès le plus large possible à l'air en même temps qu'elle est compatible avec la tâche imposée au chirurgien. Cette nécessité est encore augmentée par l'administration de chloroforme et son influence longtemps continuée. Butcher repousse donc la pratique qui consiste à administrer le chloroforme dans une pièce voisine de celle où doit se faire l'opération et de ne transporter la malade qu'après insensibilité : il y a là un danger évident pour elle (1).

B. 1. Spencer Wells recouvre entièrement son opérée de flanelle, sauf la figure et l'abdomen : le tout est ensuite couvert d'une vaste enveloppe en caoutchouc avec ouverture circulaire à bords adhérents à la paroi abdominale (2).

2. Baker-Brown, lorsque le temps est froid, se sert d'une camisole ou gilet et de culottes de flanelle : la camisole est passée avant l'opération (3) : une bouteille d'eau chaude est préparée pour les pieds ou bien encore l'on enveloppe les pieds et les cuisses d'étoffes chaudes, les bras et les mains dans un manchon de flanelle.

3. Boinet recommande (4) de fendre un des grands morceaux de flanelle en deux jusqu'à sa partie moyenne comme la compresse fendue des amputations afin de garantir les intestins et d'envelopper le pédicule du kyste avant de placer le clamp ou la ligature : elle empêche ainsi encore la pénétration du liquide dans le ventre.

4. Stilling se sert d'une feuille de taffetas gommé d'un mètre carré environ au centre de laquelle il pratique une ouverture ovalaire, et après avoir enduit les bords de cette ouverture d'emplâtre agglutinatif, il la fixe sur le ventre de manière à laisser libre la région de l'opération : il empêche ainsi l'opérée d'être mouillée et permet de la placer immé-

(1) *Loc. cit.*, p. 25.
(2) In Jottrand, *loc. cit.* — Courty. *Malad. de l'utérus*, p. 966.
(3) B. Brown, *loc. cit.*, chap. V. — Labalbary, *loc. cit.*, p. 69.
(4) *Malad. des ovaires*, p. 374.

diatement au lit sans lui faire subir les apprêts d'une toilette nouvelle (1).

§ 2. POSITION DU CHIRURGIEN ET DES AIDES. — RÔLE DE CEUX-CI.

A. Nous l'avons vu, T. Smith se place au devant de la malade entre les membres inférieurs tenus écartés par un aide : d'après lui, cette position favorise et facilite l'évacuation du liquide. Baker-Brown prend la même position (2), que Demarquay a également adoptée (3). Or, d'après Boinet (4), elle ne favorise pas davantage l'écoulement du liquide du bassin, elle permet, au contraire, l'échappement des intestins et masque à l'opérateur lui-même les parties qu'il a intérêt à bien voir : les aides qui doivent soutenir les jambes écartées gênent l'opérateur et d'autres aides plus importants.

Il vaut donc mieux, au résumé, imiter la conduite de Spencer Wells (5) et de tous les autres ovariotomistes en se plaçant au côté de la malade (6), sauf, comme le fait Krassowski, d'agir comme T. Smith lorsque le ventre est très-volumineux, et de venir se placer ensuite au côté de la patiente après les premiers temps de l'opération (7).

B. Le rôle et la position de chacun des aides doivent être soigneusement fixés (8).

Un premier aide, placé vis-à-vis de l'opérateur, sera chargé :

1° D'éponger la plaie ;

2° De poser les ligatures ;

3° De soulever le péritoine au moment de l'incision ;

4° D'appliquer et de lier le cordon au moment de fixer la canule dans les parois du kyste, si le trocart employé exige cette manœuvre ;

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, 1872, p. 491.

(2) COURTY. *Lettres à* M. BOUISSON. *Excursion en Angleterre*, etc. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 522.

(3) *Ovariotomie* DEMARQUAY et NÉLATON, *loc. cit.*

(4) *Malad. des ovaires*, p, 377.

(5) PLANTÉ, *loc. cit.*, p. 23.

(6) WORMS, *loc. cit.*, *Méthode opératoire*.

(7) *De l'ovariotomie*, p. 7.

(8) *Ibid.* et B. BROWN, *loc cit.*, chap. V.

5° De maintenir fixe la tumeur après son extraction ;

6° De maintenir les intestins ou l'épiploon s'ils tendent à sortir ;

7° D'aider à la suture, au pansement, etc.

Un deuxième aide, placé à droite de la malade :

1° Maintient le ventre en haut : les deux mains sont placées sur le ventre, les deux pouces au-dessus de l'ombilic, où ils s'entrecroisent, les deux indicateurs, placés parallèlement à la ligne blanche, maintiennent fixes l'abdomen et le kyste.

2° Si l'épiploon et les intestins sortent, il doit ôter ses mains immédiatement, et soulever les bords de la plaie pour que l'opérateur ou le premier aide puissent replacer les viscères.

Le troisième, à gauche de la malade :

1° Soutient le ventre en bas ;

2° Reçoit le contenu du kyste dans le vase.

3° Remplace le premier aide quand celui-ci est occupé à l'extraction du sac kystique.

Le quatrième aide est chargé des instruments.

Le cinquième prépare les cautères actuels.

Sont ensuite nécessaires un ou deux infirmiers pour exécuter les ordres qui peuvent être donnés pendant l'opération en dehors des choses prévues.

Le chloroforme devra être administré par un aide seul, lequel sera tout entier à son rôle. Kœberlé en a si bien compris l'importance que le même aide a été chargé de chloroformer toutes ses opérées (1).

§ 3. APPAREIL INSTRUMENTAL. — OBJETS NÉCESSAIRES POUR L'OPÉRATION.

1. Nous diviserons comme l'a fait Krassowsky les instruments de l'ovariotomie en instruments de nécessité et en instruments de précaution (2).

(1) M. ESSLER, fabricant d'instruments de chirurgie à Strasbourg.

(2) *Loc. cit.*, p. 6 et voir aussi BOINET. *Malad. des ovaires*, p. 371.

Instruments de nécessité.	Instruments de précaution.
1° Sondes pour vider la vessie.	
2° Bistouri convexe.	Plusieurs bistouris ou scalpels droits à manche fixe et bistouri boutonné.
3° Ciseaux coudés.	Ciseaux droits et courbés sur le plat. Plusieurs sondes cannelées.
4° Le trocart dont on a fait choix.	Un ou deux trocarts de calibre différent.
5° *Pinces* à disséquer, à torsion, à griffes, à mords plats, à pansement, à pression continue pour lier les artères, à enfoncer les épingles à suture, à tordre les fils d'argent, etc.	Pinces de B. Brown pour l'ovariotomie. Pinces de Dieffenbach pour les vaisseaux saignants. Pinces à pignon de Krassowsky pour retenir le pédicule pendant l'examen de l'escarrhe et s'opposer à l'hémorrhagie consécutive.
6° Clamp dont on a fait choix.	Ecraseur de Chassaignac, serre-nœud de Kœberlé.
7° *Ligatures :* fils de soie cirés pour les vaisseaux, le pédicule, la suture, fils d'argent fins de rechange ou des fils de fer pour la suture profonde.	Ligatures de chanvre. Tenaculum.
8° Cisailles ou sécateurs pour les ligatures.	
9° *Cautères* chauffés à blanc pour les hémorrhagies ou la section du pédicule. Deux à trois cautères prismatiques.	Cautère en forme de bec.
10° Aiguille de Startine pour la suture.	Aiguille tubulée, à chas de Boinet.
Epingles longues et fines pour la suture entortillée.	Aiguille lancéolée en argent pour fixer le pédicule au dehors en traversant les parois abdominales.
11° Epingles ordinaires pour le pansement.	12° Sondes à drainage.
	13° Seringue ou poire en caoutchouc aspiratrice des liquides ou pour faire des lavages.

2. *Accessoires.* 1° Réchaud pour les cautères;

2° Un baquet pour recevoir le liquide du kyste;

3° Plusieurs seaux d'eau préalablement soumis à l'ébullition, chaude et froide;

4° Bouillotte d'eau chaude pour les pieds de l'opérée après l'opération;

5° Cinq à six cuvettes;

6° Serviettes en grand nombre.

3. *Médicaments.* 1° Chloroforme : 200 à 250 grammes;

2° Perchlorure de fer à 30° : 30 grammes;

3° Ammoniaque liquide;

4° Glace en morceaux;

5° Collodion riciné : 50 grammes.

6° Calmants : 20 pil. de 0,01 gramme d'extrait thébaïque, ou : potion à l'acétate de morphine;

7° Vin de Malaga, de Madère;

8° Bouillon froid;

4. *Pièces à pansement*. 1° Bandage de corps en flanelle;

2° Ouate non gommée;

3° Charpie, compresses, rubans de fil.

4° Quinze à vingt éponges fines, grosses comme un œuf de poule;

5° Pinceaux en poils de blaireau.

5. Kœberlé insiste beaucoup sur la propreté et la netteté des éponges, des instruments et ustensiles de toute sorte, des mains des aides et de l'opérateur. Celui-ci doit se laver les mains plusieurs fois pendant l'opération, chaque fois qu'elles ont été souillées par du sang et qu'elles doivent être réintroduites dans la cavité péritonéale (1).

Les éponges doivent être soigneusement nettoyées de leurs corps étrangers, graviers, etc., elles sont traitées par l'acide nitrique étendu d'eau, par une solution de carbonate de soude, par de l'alcool et un lavage prolongé dans l'eau : cette eau doit avoir été soumise préalablement à l'ébullition pour détruire les microzoaires qui pourraient s'y trouver (2).

Pendant qu'on absterge les liquides, l'éponge doit être exprimée et non lavée.

Il ne faut pas faire subir de frottements au péritoine qui l'irriteraient : Kœberlé applique le dos de la main au fond de l'excavation et le sang vient sur la paume par l'intervalle que laissent les doigts légèrement écartés (3). B. Brown recommande même de laisser tout ce que la main ou la flanelle ne peut enlever.

(1) Observation LVII. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 491. — B. Brown in Labalbary, *loc. cit.*, pp. 69, 70.

(2) Kœberlé. *Opérat. d'ovariotomie*, p. 21, note. — Voir aussi Martin. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1872, n° 10, s. 114.

(3) *Ibid.*, p. 22.

§ 4. ANESTHÉSIE.

1. Le chloroforme a toujours été employé, sauf dans les premières opérations avant la découverte des propriétés de cet agent anesthésique en 1847 (1). Comme nous l'avons vu, Clay, de Manchester, opéra ses quatorze premières ovariotomies sans le secours de chloroforme et obtint neuf guérisons (2).

Plus tard encore Clay évitait l'emploi de cet agent quand cela lui était possible, en vue des accidents fâcheux et surtout des vomissements incoërcibles dont il est assez fréquemment la cause, et qui compromettent le succès (3).

2. « Le chloroforme, dit Ed. Martin (4) a de nombreux avantages, non-seulement pendant l'opération où il abolit les mouvements de la malade et lui évite la frayeur et diverses émotions, etc., mais surtout après l'opération, et cela quelques heures et même plusieurs jours après, en maintenant la propension au sommeil si nécessaire après les grandes opérations et en rendant inutiles les préparations d'opium dont l'usage est souvent réclamé. Il résulte en outre des observations d'obstétrique de l'auteur, comme aussi de celles de Stromeyer, pour les opérations des yeux, que les opérations faites sous l'influence du chloroforme offrent moins de danger d'inflammation consécutive et ont un résultat plus facile et plus heureux. »

La commotion nerveuse ou shock si habituelle après l'ovariotomie est en grande partie évitée par le chloroforme (5).

3. L'anesthésie n'est portée que graduellement jusqu'à l'insensibilité complète : le vomissement est le seul accident que Nélaton (6) ait vu survenir sur plus de 1600 opérées au chloroforme employé de cette manière : lorsque cet accident arrive, il faut incliner la tête de côté pour que les matières s'écoulent spontanément et n'embarrassent pas la respiration.

(1) WORMS. *loc. cit. Méthode opératoire.* — COURTY. *Malad. de l'utérus*, p, 967.
(2) *Brit. med. J.*, n° 120, 16 mars 1863.
(3) GRAILY HEWITT. *Diseases of women*, p. 597.
(4) *Loc. cit.*, p. 83.
(5) SPENCER WELLS in JOTTRAND. *loc. cit.*
(6) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 411.

4. L'anesthésie doit toujours être poussée jusqu'à résolution musculaire complète et continuée jusqu'à ce que la femme soit lavée et installée dans son lit, dit Kœberlé (1). C'est aussi la conduite que tiennent et recommandent Boinet (2) et Stilling (3).

5. Les efforts de vomissements doivent être pris en sérieuse considération, car ils peuvent agrandir l'ouverture faite par le trocart et occasionner l'écoulement du liquide dans la cavité péritonéale comme aussi ils peuvent projeter les viscères hors la cavité péritonéale. Pour les faire cesser, Kœberlé recommande d'activer rapidement la chloroformisation.

6. On peut prolonger le sommeil jusqu'à deux heures et donner jusqu'à 250 grammes de chloroforme (4).

7. Le docteur Thornburn, de Manchester, a fait usage de l'anesthésie locale (méthode de Richardson) : l'opération fut suivie de succès (5). C'est jusqu'ici le seul ovariotomiste, qui à notre connaissance, ait cru devoir recourir à ce procédé anesthésique qu'on ne pourrait pas, dans tous les cas, généraliser.

8. Le docteur Desgranges, de Lyon, éthérise ses malades : il n'est pas prouvé qu'il y ait avantage dans l'emploi de cet agent (6).

(1) *Opération d'ovariotomie*, p. 18, note.

(2) *Malad. des ovaires*, p. 376.

(3) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1872, p. 491.

(4) Kœberlé in Courty. *Malad. de l'utérus*. p. 967. Il ne faut pas se le dissimuler néanmoins, des accidents graves peuvent être le résultat de l'anesthésie par le chloroforme : une femme de 22 ans, opérée par le docteur Brotherston et chloroformée par Simpson, mourut après l'incision et la mort ne pût être attribuée qu'à l'agent anesthésique (*The med. Times and Gazette*, 26 fév. 1870. — *Gazette hebdomadaire*, 1870, p. 188).

Dans l'ovariotomie faite par le docteur Liégeois, le 27 février 1870, une syncope grave, due au chloroforme fut victorieusement combattue par la pile Le Breton, dont un conducteur fut placé sur la joue gauche et l'autre sur le tibia droit (courant d'induction). (*Gaz. des hôp.*, 1870, p. 116.)

(5) *Med. Times and Gazette*, 1866. — *Gazette médicale de Paris*, 1867. — *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1867, t. II, p. 547.

(6) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 584. Il y a dans l'administration du chloral seul, mais surtout combiné avec la morphine, une voie que l'avenir nous indiquera pour obtenir une anesthésie plus durable et plus certaine (Séance de la Société impériale de chirurgie du 9 mars 1870).

Depuis deux ans Spencer Wells a abandonné complètement le chloroforme pour le bichlorure de méthylène : cet agent amène l'anesthésie régulièrement, sans aucune excitation et surtout ne provoque que rarement les vomissements.

Th. Keith se sert aujourd'hui exclusivement de l'éther méthyl-téhylique de Richardson comme agent anesthésique (Boddaert. *Observation d'un second cas d'ovariotomie*. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1872, p. 486).

§ 5. PROCÉDÉS ET TEMPS DE L'OVARIOTOMIE.

Premier temps. — Incision.

1. Ce premier temps de l'opération a, pendant quelque temps, caractérisé le mode opératoire qu'on désignait par :

1° Le *haut appareil* (*major opération* des Américains), *Extirpation en masse, sans évacuation du liquide, Extirpation proprement dite,* quand l'incision était pratiquée du pubis jusqu'à l'ombilic et même plus haut. Elle pouvait ainsi avoir de 14 à 15 pouces (1).

Ch. Clay, de Manchester, fut un des plus zélés partisans de la grande incision par laquelle opéraient également M. Dowell, Lizars, Washington, Atlee et Walne.

De cette façon le péritoine était largement ouvert et la tumeur facilement extraite : une ou plusieurs ligatures étaient jetées sur son pédicule : la grande incision facilitait les manipulations nécessaires « To have room, disait Clay, to be enabled to see, that no unnecessary mischief is done, is the true principle of the large incision (2). »

2° *Le petit appareil* (*minor opération* par opposition à la première), *Méthode mixte, Extirpation combinée avec la ponction,* adopté par la généralité des ovariotomistes qui ne voient dans la grande incision qu'une aggravation inutile du danger de l'opération : les partisans de cette méthode, qui porte le nom de *Jeaffreson* (3), pratiquaient une incision de 3 à 5 centimètres (2 à 3 pouces), saisissaient le kyste, le ponctionnaient pour l'amoindrir en le vidant et l'attiraient petit à petit au-dehors (4).

2. La méthode généralement suivie aujourd'hui consiste à faire sur la ligne blanche, à égale distance de l'ombilic et des pubis, une incision de 4 à 5 pouces, quitte à la prolonger dans un sens ou dans l'autre, selon les circonstances qui se présentent après ce premier temps de l'opération.

(1) H. WALNE. *Cases of dropsical ovaria removed by the large abdominal section.* Lond. 1843.

(2) Voir KUMAR, *loc. cit.*, p. 186.

(3) JEAFFRESON en 1836, d'après les indications de HUNTER, extirpa un kyste biloculaire à travers une incision de 1 1/2 pouce. — Voir pour l'étude de ces procédés : PIHAN-DUFEILLAY. *Arch. gén. de médecine*, 1861.

(4) Voir BERNARD, *loc. cit.*, pp. 474, 475 et A. CHÉREAU, *loc. cit.*

3. Une incision trop étroite, comme celle que recommande Lane, par exemple (1), expose à divers inconvénients (2).

1° On ne peut s'assurer de l'existence des adhérences ;

2° On ne peut les détruire facilement si elles existent ;

3° Il est difficile de saisir convenablement le kyste : il peut s'échapper des pinces et le liquide couler dans la cavité abdominale ;

4° Il est difficile d'extraire la poche, alors même qu'elle est exempte de toute adhérence ;

5° On ne peut de visu s'assurer si l'autre ovaire est sain ou malade ;

6° Le pédicule court et large ne pourra être lié convenablement :

7° Les éponges nécessaires à la toilette du péritoine ne peuvent que difficilement être introduites ;

8° On ne peut constater si des adhérences ont été rompues au moment de la traction du kyste, ou déchirées avec la main, s'il y a de ce chef écoulement sanguin, on ne peut ni lier, ni cautériser.

Les résultats des statistiques sont les suivants :

J. Clay et Negroni : Incision longue,	202	cas,	61	morts,	30,0	°/₀.
» moyenne,	73	»	35	»	47,9	»
» courte,	174	»	67	»	38,5	»
Kœberlé : Incision de 5 centimètres,	3	»	»	»	»	»
» 10 »	9	»	1	»	11,1	»
» 15 »	14	»	5	»	35,7	»
» 20 »	16	»	6	»	37,5	»
» 25 »	10	»	3	»	30,0	»
» 30 »	9	»	4	»	44,4	»
» 35 »	5	»	4	»	80,0	»
» 40 3	3	»	1	»	33,3	»
Krassowsky : Incision de 10 à 15 centim.,	17	»	8	»	47,0	»
» 16 à 20 »	6	»	3	»	50,0	»
de plus de 20 »	1	»	»	»	»	»

(1) Courty. *Mal. de l'utér.*, p. 550.

(2) Boinet. *Malad. des ovaires*, p. 378.

Ce qui donne au total :

Incision courte : de 5 à 15 centimètres,	33,5	°/₀	de mortalité.
» moyenne : de 15 à 20	»	45,1	»	»
» longue de plus de 20	»	43,5	»	»

4. Tyler Smith pratique l'incision à peu près à 6 millimètres de la ligne médiane et lui donne une longueur de 12 centimètres.

Baker-Brown, comme Spencer Wells et généralement comme tous les ovariotomistes aujourd'hui, pratiquent l'incision sur la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis (1). Il y a dans cette pratique, comme le fait remarquer E. Martin (2), beaucoup d'avantages : outre la profondeur moindre de la plaie, la moindre perte de sang et la plus facile suture de la plaie ; il y a plus de solidité d'attache du pédicule de la tumeur dans la plaie abdominale en même temps que la torsion du pédicule obvie plus sûrement à toute chance d'hémorrhagie. L'observation a prouvé qu'on avait tort de craindre une position vicieuse de l'utérus par l'incarcération du pédicule dans la ligne blanche.

Bühring (3), se fondant sur l'analogie de l'ovariotomie avec la castration des femelles d'animaux, conseillait une incision latérale partant des côtes inférieures jusqu'à l'os iliaque : l'éloignement plus grand du pédicule rend son adhérence solide dans la plaie abdominale beaucoup moins possible et expose au danger d'un étranglement intestinal interne, lequel est évidemment beaucoup moins à craindre lorsque le pédicule est attaché dans la partie inférieure de la ligne blanche. Les résultats de la pratique du chirurgien allemand ne sont, du reste, pas encourageants : des 9 opérations de Bühring où ce procédé fut mis en usage, soit pour la ponction, soit pour l'extirpation partielle ou totale, il y eut 8 morts et 1 seule guérison. Dans le cas de celle-ci, après l'ouverture latérale du ventre, il y eut impossibilité de continuer l'opération à cause des adhérences : Bühring se contenta

(1) Courty. *Excursion en Angleterre, loc. cit.*, p. 522.
(2) *Loc. cit.*, pp, 83, 84.
(3) *Die Heilūng der Eierstocksgeschw.* Berlin, 1848, s. 90, 97.

de vider la tumeur et d'enduire l'intérieur du kyste avec de l'onguent au nitrate d'argent (1).

Il est cependant une circonstance qui indique l'incision latérale, c'est lorsqu'il s'agit d'opérer l'ovariotomie sur une femme qui l'a déjà subie une fois, comme lorsque l'ovaire reconnu non malade s'enkyste plus tard à son tour ainsi qu'il est arrivé à Boinet (2) et à d'autres; mais encore ici ne s'agirait-il que de l'incision parallèle à la ligne blanche, à 2 centimètres à droite ou à gauche de la première, selon le côté du développement du kyste. On évite ainsi d'entrer dans l'ancienne cicatrice ou de tomber trop directement sur des adhérences, s'il s'en était formé entre le péritoine et les viscères voisins.

Spencer Wells pratique l'incision sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de la symphise pubienne. On peut la prolonger en haut, un peu à gauche de l'ombilic, quasi dans la direction de la ligne médiane aussi loin qu'il est nécessaire pour mettre la tumeur à nu et la séparer des adhérences qu'elle aurait pu contracter.

Un kyste considérablement distendu par son contenu peut être enlevé par une incision de 3 pouces (8 centimètres). Sp. Wells retira une fois une tumeur pesant avec son contenu plus de 50 livres par une incision de 1 3/4 pouce (3). Les tumeurs les plus vastes, en vidant chaque poche avant de les attirer au dehors, n'exigent guère qu'une incision de 5 pouces (15 centimètres), qui est amplement suffisante (4).

5. L'ombilic est quelquefois placé très-haut, dans le voisinage de l'épigastre : ce ne serait pas bien rare d'après Nélaton : il faut donc en être prévenu et ne pas prendre cette cicatrice comme point de repère invariable (5).

6. Il est sage d'apprécier à l'avance le volume de la partie solide qui ordinairement fait la base de la tumeur multiloculaire, pour y proportionner

(1) Voir STILLING, *loc. cit.*, p. 67.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 454.
(3) *The med. T. and Gaz.* 1862, p. 646.
(4) SP. WELLS in JOTTRAND. *loc. cit.* — B. BROWN, *loc. cit.*, chap. V.
(5) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 409.



l'orifice péritonéal que pratique l'incision : on évite ainsi de graves difficultés pour l'issue de la tumeur (1).

7. Quand il y a œdème considérable des parois abdominales, Kœberlé (2) donne le conseil de faire une ponction préalable pour aider au dégorgement des parois abdominales, car la sérosité qui s'exsude de ces parois après l'opération, s'oppose à la formation des adhérences intestinales autour du pédicule et expose à la septicémie comme cela est arrivé à l'auteur dans son observation XVI, tandis que plus tard le succès couronna une opération qu'il n'entreprit qu'après avoir pris cette précaution (3).

Il faut avoir soin lorsqu'on ponctionne dans ces conditions, de déprimer, à l'aide du pouce, le point de l'abdomen où va porter le trocart.

8. S'il y a hernie ombilicale et que l'incision doive la dépasser, au lieu de la contourner, Kœberlé divise le sac dans toute son étendue et excise le péritoine qui la tapisse pour obtenir une réunion immédiate et par là la guérison radicale de la hernie.

9. Si l'on est indécis sur la nature et l'étendue des adhérences on peut et on doit, dit Courty (4), après une ponction préalable faite également dans le but d'établir le diagnostic, recourir à l'incision exploratrice qui n'offre pas grand danger quand elle est faite avec précaution.

D'après B. Brown (5), l'incision exploratrice doit avoir de 2 à 3 pouces de long (10 à 12 centimètres) et être pratiquée sur la ligne blanche. Le péritoine est ouvert et le kyste mis à nu : alors deux doigts ou plus sont glissés à la surface du kyste pour reconnaître les adhérences :

1° Si elles sont faibles et récentes, le doigt suffit pour les rompre.

2° » » » plus larges et plus fortes, on recourt à l'écraseur.

3° » » » vasculaires on les lie avec un fil d'argent et on les sectionne avec le bistouri ou les ciseaux.

(1) *Ovariotomie* Demarquay et Nélaton, *loc. cit.*

(2) Observation XVI. *Gazette des hôpitaux*, 1866, n° 115, p. 454.

(3) Observation XXVI. *Ibid.*, 1867, p. 199.

(4) *Maladies de l'utérus*, p. 965.

(5) *Loc. cit.*, chap. V.

4° Si elles sont trop fortes, trop vasculaires, trop étendues, on abandonne l'opération ou l'on se décide pour l'un ou l'autre des moyens chirurgicaux que nous avons précédemment étudiés : incision, excision partielle, etc.

Lorsque le kyste est tellement adhérent qu'on n'a pas à craindre d'épanchement abdominal, on peut à l'imitation de Hounston, Granville (1), Galenzowki (2), Portal, Rey, Bonnemain, Bausden, etc., traiter le kyste comme une cavité purulente ordinaire, c'est-à-dire inciser largement, débrider avec soin, déchirer ses diverses cellules et le vider complètement.

Si en certains points l'union du kyste n'existe pas avec les parois abdominales, on réunit les bords de l'incision du kyste aux bords de la plaie abdominale au moyen d'un ou de plusieurs fils : on place une mèche ou drain dans l'angle inférieur de la plaie pour faciliter l'écoulement et empêcher tout épanchement abdominal (3).

Morel-Lavallée, lorsque la poche était trouvée trop intimement unie aux viscères, conseillait de passer avec une aiguille courbe un ou plusieurs fils dans la poche du kyste engagé entre les lèvres de la plaie : on tire doucement ces fils et en même temps on ponctionne avec un trocart : à mesure que le liquide s'écoule, son enveloppe obéit à la traction des fils et sort de plus en plus par l'ouverture de la paroi abdominale : une fois l'évacuation complète, on retranche du kyste tout ce qu'on a pu mettre dehors, mais auparavant on a soin de passer quelques anses de fil dans la paroi du kyste entre la peau et le point où portera l'instrument. Les anses convenablement fixées serviront à retenir, dans le trajet de la plaie, le reste froncé de la poche qui versera ainsi par une espèce de goulot artificiel et sans danger d'épanchement, le liquide qu'elle doit encore sécréter : une inflammation agglutinative en soudant le prolongement du kyste aux bords de la plaie pariétale rendra bientôt les fils inutiles.

C'est là, disent les auteurs de la *Bibliothèque du médecin praticien* (4),

(1) *Journal des Progrès*, t. I, p. 274.
(2) *Ibid.*, XVIII, p. 222.
(3) Boinet, *Maladies des ovaires*, p. 378.
(4) T. I, p. 677.

un procédé moins dangereux, plus prompt et en définitive plus efficace que l'ouverture par les caustiques.

Dans un cas de kyste uniloculaire très-adhérent, Péan après l'incision ordinaire de l'ovariotomie, incisa la face antérieure du kyste au niveau du point le plus adhérent à la paroi abdominale et maintint l'ouverture assez grande pour permettre des lavages et des injections : guérison après 8 mois (1).

Si l'on décide, après l'incision exploratrice, de continuer l'opération, on agrandit l'incision à laquelle on donne 4 à 5 pouces selon qu'on le juge nécessaire.

10. L'incision régulière est pratiquée couche par couche selon les règles de l'art, mais il faut, comme le recommande Nélaton (2), finir l'incision *à queue de rat* et non à angle vif : par là l'écartement des bords est plus facile et met les vaisseaux divisés plus à découvert et les rend plus faciles à lier.

11. On doit aussi éviter d'entrer d'emblée dans le kyste, car s'il n'y a pas d'adhérences avec la paroi abdominale, il y aurait épanchement qu'il faut toujours éviter avec le plus grand soin. D'autre part le péritoine est parfois d'une épaisseur considérable : il faut en être prévenu pour ne pas se croire arrivé dans la poche kystique comme le fit Blackberger (3).

12. Si on a ouvert des vaisseaux dans la paroi abdominale, il faut avant d'aller plus loin avoir soin de les lier ou de les tordre (4). Cette ligature doit être des plus minutieuses, le moindre suintement de sang pouvant amener des accidents mortels dans le péritoine (5).

13. S'il y a ascite on ne doit laisser écouler qu'une partie du liquide ascitique pour que le reste protège la masse intestinale (6).

14. Le péritoine étant mis à découvert, on le saisit et soulève avec une pince à dents de souris : on l'ouvre à la base du pli avec un bistouri tenu

(1) *Loc. cit.*, 2e édit., p. 74.
(2) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 411.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 447.
(4) SP. WELLS in JOTTRAND et BOTTARO, *loc. cit.*
(5) NÉLATON in DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 423.
(6) *Ibid.*

à plat, puis on l'incise avec des ciseaux coudés ou sur la sonde cannelée dans une étendue de 5 à 6 centimètres pour mettre le kyste à nu.

15. La coloration du kyste ne peut pas toujours suffire pour reconnaître sa présence ; dans la 1re observation de Butcher (1), il était d'une couleur blanche particulière : dans la 2de, il était turgescent avec des vaisseaux de caractère veineux qui le pénétraient dans tous les sens : dans la grande majorité des cas néanmoins, cette coloration se rapproche de celle que l'ovariotomiste anglais avait rencontrée en premier lieu.

D'ailleurs, la faute que l'on peut commettre d'ouvrir le kyste d'emblée parce qu'on aurait été privé pour se guider, de l'aspect spécial du kyste, n'arriverait guère que dans le cas d'adhérences intimes avec les parois abdominales et en pareille occurrence le danger de l'écoulement du liquide dans la cavité abdominale n'existe guère.

Disons d'ailleurs tout de suite que l'introduction du liquide kystique dans la cavité péritonéale ne compromet pas le résultat de l'opération, quand ce liquide est franchement albumineux, n'a pas subi d'altération putride : il consiste généralement en albumine pure et est alors aussi inoffensif que le sang, pourvu qu'il ne reste qu'en petite quantité (2).

Deuxième temps. — Destruction des adhérences pariétales et procédés d'hémostasie qu'elle nécessite.

1. Le péritoine étant ouvert comme nous venons de le dire, on introduit un ou deux doigts pour reconnaître les adhérences abdominales et s'il n'en existe pas, on prolonge l'incision du péritoine avec les ciseaux coudés ou le bistouri conduit sur la sonde cannelée : on glisse alors la main pour reconnaître les obstacles qu'on pourrait rencontrer à l'extraction de la tumeur : adhérences, bosselures, tumeurs sur-ajoutées, etc., (3).

2. Les adhérences qui unissent le kyste avec les parois abdominales, les *adhérences pariétales*, sont détachées, décollées avec le bord cubital de la main (pl. XXII, fig. 1), quand elles résistent peu, mais dès qu'elles

(1) *Loc. cit.*, pp. 25 et 26.
(2) KOEBERLÉ. *Opérat. d'ovariot.*, p. 108. (Note.)
(3) BOINET. *Maladies des Ovaires*, p. 379. — WORMS, *loc., cit.*, *Méth. opérat.*

résistent même faiblement, il faut les considérer comme adhérences fortes et recourir aux divers procédés que nous allons indiquer.

3. Les adhérences intestinales et épiploïques au contraire doivent, d'après Sp. Wells, n'être détruites qu'après l'évacuation du kyste pour s'opposer à l'issue des viscères, et permettre de mieux juger des adhérences (1). — Boinet, que le kyste soit ou non exempt d'adhérences, procède avant tout à l'évacuation de la tumeur pour rendre son extraction plus facile. Nous croyons qu'on peut concilier ces deux opinions extrêmes et prendre le parti le plus prudent en procédant d'abord à la destruction des adhérences qui retiennent la partie antérieure de la tumeur pour juger ensuite avec plus de facilité des adhérences plus profondes et du parti qu'il reste à prendre si on les trouve trop étendues. Lacroix, de Béziers, dans un cas (2) où le kyste était tellement adhérent que les deux feuillets du péritoine n'en faisaient qu'un, en cherchant à les séparer avant la ponction du kyste, rompit la paroi de celui-ci. Alors, sans hésiter, il la divisa dans toute la longueur de la plaie abdominale : la malade inondée, fut essuyée à la hâte et replacée entre deux couvertures sèches. Voici comment il procéda ensuite : « J'ai pincé dit-il, avec le pouce et l'index de la main droite la membrane du kyste, et la tirant en sens inverse de la paroi abdominale pincée avec la main gauche, j'ai produit un hiatus dans lequel un aide a introduit une sonde cannelée. Je me suis servi de cet instrument comme d'un coupe-papier, puis peu à peu, tantôt avec un doigt, tantôt avec l'aide de quelques coups de ciseaux, je suis parvenu à détruire les adhérences pariétales et à amener au dehors la poche dégonflée, qui n'était adhérente ni à l'épiploon, ni à l'intestin. »

4. Quand les adhérences sont étendues et que l'on craint une hémorrhagie un peu considérable, il faut toujours couper les vaisseaux entre deux ligatures pour limiter le plus possible la perte de sang (Kœberlé).

5. Souvent entre le kyste et les organes voisins ou les parois abdominales, il y a des adhérences très-anciennes et très-vasculaires qui

(1) In Jottrand et Bottaro.

(2) *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. t. LXXII, p. 304, septième livraison, 15 avril 1867.

donnent beaucoup de sang à la section : les ligatures ordinaires hérisse-raient le péritoine par leur nombre et donneraient peu de chances pour l succès de l'opération. Boinet, dans ce cas, emploie des serre-fines à mord plats de son invention (1) (Voir fig. 1, pl. IX), munies d'un fil d'argent pou les retrouver et les retirer après l'opération.

6. Il est préférable, comme Kœberlé le fait le plus souvent (2), d'em-ployer la *compression continue*. On saisit la surface saignante avec un pince à pansement semblable à celle de Charrière et maintenue serrée con venablement par un écrou. Les tissus en sont comme desséchés par cett pression énergique : la pince est laissée une vingtaine de minutes ou plu sans être gênante pour le reste de l'opération : on peut en placer jusqu' dix comme Kœberlé a eu l'occasion de le faire. Quand on détache la pince il faut avoir soin de ne pas écarter trop brusquement les branches, car o pourrait ainsi produire un décollement interstitiel et reproduire l'hémor-rhagie.

7. Quand il y a suintement sanguin sans vaisseau notable sur les poin saignants, Kœberlé (3) mouille le bout du doigt avec le perchlorure de fe concentré et l'applique sur les tissus en pressant assez fortement et maintenant doucement plusieurs minutes, puis par un mouvement d rotation, il soulève progressivement et lentement la pulpe du doigt.

8. Simpson et Syme, à Edimbourg (4) emploient *l'acupressure* à l'ex clusion de la ligature. Quand les circonstances l'exigent, ils recourent à l torsion, mais non plus limitée comme la pratiquait Amussat.

Humphrey, de Cambridge, n'emploie lui, que la torsion à l'exclusion d l'acupressure : il saisit l'artère entre les mords d'une forte pince et l tord sur elle-même jusqu'à ce que toutes les enveloppes ayant cédé, la pinc devient libre : les membranes rompues inégalement forment des plis q sont maintenus les uns par les autres.

Ces deux procédés entreront difficilement dans la pratique générale

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 559.
(2) Révbillout. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 297.
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*

offrent des dangers : il faut plus de temps et d'adresse pour la torsion bien faite que pour la ligature, de l'avis de l'auteur lui-même.

9. *Ligature métallique compressive de Dix* (*Wire-compress*) (1). Elle consiste simplement à passer un morceau de fil métallique à travers la peau près du vaisseau saignant, à traverser la peau de l'autre côté du vaisseau, puis de tordre alors les deux bouts du fil, juste assez serré pour arrêter l'écoulement du sang, sur un morceau de liège : après douze, vingt-quatre ou quarante-huit heures, le fil est coupé et retiré. Il n'y a eu d'hémorrhagie dans aucun des cas où Dix a expérimenté son procédé et il s'en est servi dans trois amputations, y compris une amputation de cuisse. Spencer Wells croit qu'il pourrait réussir dans l'ovariotomie et qu'il y aurait utilité de l'employer, surtout quand le pédicule est court, pour en obstruer les vaisseaux.

10. Kœberlé, pour remédier à une hémorrhagie inquiétante qui se faisait sur une large surface des parois abdominales, eut recours à cette compression médiane temporaire conseillée par le docteur Dix : il le fit à l'aide d'un fil de soie qu'il relâcha à quelques heures d'intervalle avant de l'enlever définitivement vingt-quatre heures après l'application (2).

11. Desgranges dut recourir à la compression de l'aorte pour s'opposer à une hémorrhagie fort abondante qui se déclara pendant sa quatrième ovariotomie (3).

Troisième temps. — Ponction et évacuation du kyste.

1. Lorsque le chirurgien est disposé à ponctionner le kyste pour en évacuer le contenu et réduire son volume à l'effet de faciliter son extraction et la recherche des adhérences profondes, les deux aides placés de chaque côté de la malade exercent une pression douce, uniforme pour

(1) *Des avantages de l'acupressure sur la ligature. Med. T. and Gazette*, 1860, juni 2. Voir a. *Med. Times and Gazette*, 1862, july 26 : *Clinic. Rem. on sev. cases of ovariot. by* T. Spencer Wells, p. 77.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 526.

(3) Christot. *Ovariotom pratiq. par* M. Desgranges. Lyon, 1867, p. 23.

faire saillir le kyste entre les lèvres de la plaie et empêcher toute pénétration du liquide dans le ventre et l'issue des intestins. Fourneaux Jordan (1) fait placer la femme sur le côté pour empêcher l'épanchement de liquide dans la cavité abdominale.

2. La contention des intestins n'est pas souvent difficile : la compression lente et considérable à laquelle ils sont soumis dans les conditions d'une tumeur enkystée d'un volume considérable est sans doute la cause de ce refoulement et de ce tassement faciles (2).

3. Le pronostic est toujours plus grave quand les intestins sont sortis, car alors il y a toujours distension gazeuse rapidement considérable : on ne doit jamais craindre, selon Labbé, de pratiquer une incision suffisamment large pour faciliter les manœuvres (3). Dans l'une de ses opérations d'ovariotomie, ce chirurgien fit maintenir au moyen d'une cuiller, l'intestin qui cherchait à sortir (4). L'aide de B. Brown emploie des flanelles chaudes pour retenir l'intestin et l'ouverture abdominale en arrière (5).

4. Le chirurgien fixe alors avec deux doigts de la main gauche la partie saillante de la tumeur et enfonce le trocart vers l'angle supérieur de l'incision (6).

5. Les trocarts ordinaires ne conviennent pas parce qu'ils offrent le double danger de permettre au liquide kystique de s'échapper entre la canule et l'ouverture pratiquée et de tomber ainsi dans la cavité du péritoine, en même temps que l'écoulement du liquide dans le baquet où il doit être reçu devient difficile et expose au même danger que celui que nous venons de signaler : en outre il y a à craindre la pénétration de l'air dans la cavité vidée.

a) Tyler Smith et B. Brown ponctionnent avec un gros trocart ordinaire à gorge longue et très-évasée, en bec d'aiguière (7).

(1) *Brit. med. Journ.*, juni 11, 1864.
(2) *Ovariot.* DEMARQUAY et NÉLATON, etc. *loc. cit.*, p. 227.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 562. Discours de BOINET.
(4) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 409.
(5) B. BROWN, *loc. cit.*, chap. V.
(6) KRASSOWSKY. *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 735.
(7) COURTY. *Excursion en Angleterre*, etc., *loc. cit.*, p. 522.

b) Lane munit la canule d'un tube flexible pour faciliter l'évacuation (1).

c) Spencer Wells se loue beaucoup de son *syphon-trocart* (Pl. IX, fig. 2 et fig. 3). « Il consiste en une canule dans laquelle, au lieu du piston ordinaire, glisse à frottement doux un tube creux effilé à l'un bout à la manière d'un bec de plume et tranchant par ses bords. Introduit à la manière ordinaire, le tube aigu est rentré au moyen du pouce pour cacher sa face tranchante : le liquide coule par la canule jusque dans un long tube élastique adapté à l'autre bout de la canule : il est coudé de manière à former une branche longue et une branche courte comme un syphon : le liquide continue à couler tant que la petite branche est remplie de liquide : l'air ne peut aucunement y pénétrer car la branche longue plonge à grande distance de la malade dans le liquide par son extrémité libre : pour augmenter l'aspiration on peut adapter une seringue au lieu d'un simple tube. L'addition d'une virole à rainure sur le côté de la canule complète l'instrument pour l'ovariotomie. Le kyste vidé est lié sur la virole pour prévenir tout échappement du liquide et contribuer à attirer le kyste au dehors. Si un autre kyste réclame la ponction, le tube taillé en bec peut être immédiatement projeté et rentré. La faculté de pouvoir opérer à une seule main, sans grand embarras, non seulement dans l'ovariotomie, mais aussi pour la ponction des collections liquides à travers le vagin et le rectum, est un des grands avantages de cet instrument (2). »

d) Plus tard, l'habile chirurgien de Samaritan-Hospital, modifia son trocart en faisant partir à angle droit de la canule, la 2e canule ou canule de dérivation avec tube en gutta-percha (3), ce qui le rapproche de celui de Thompson (4), qu'employait de prime abord Sp. Wells. On trouve décrit le *trocart de Thompson* dans le *Med. Times and Gaz.* du 27 mars 1858 : la canule est munie latéralement près du manche d'une ouverture à laquelle vient s'attacher un tube en caoutchouc : le trocart est adapté assez exactement à sa canule pour agir comme un piston lorsqu'on

(1) Courty. *Excursion en Angleterre*, etc., *loc. cit.*, p. 522.
(2) *The med. T. and Gaz.* 1862, II, p. 20.
(3) Courty, *loc. cit.*, p. 967.
(4) Herrera-Vegas, *loc. cit.* 110.

le retire : quand il a dépassé l'ouverture latérale, on cesse de le retirer, et le liquide s'écoule par le tube en caoutchouc dans un vase placé à côté du lit.

e) C'est l'idée de Sp. Wells que Mathieu a complétée par son trocart à piston (pl. IX, fig. 4), dont Péan se servit pour sa première ovariotomie en 1864 (novembre) : en même temps il remplaçait la pointe triangulaire de la tige par un poinçon qui déchire moins le tissu du kyste.

f) Frappé des inconvénients du trocart de Thompson qui passait pour s'opposer le mieux au suintement du liquide entre le trocart et l'ouverture abdominale, alors que les autres trocarts, trop volumineux, déchiraient le kyste en le perçant et exposaient davantage ainsi à ce danger, Nélaton, après l'ovariotomie de St-Germain, recommanda de rendre le trocart plus long, plus gros et droit, de le munir d'un robinet et d'un point d'arrêt à la base de la canule (1).

Les habiles fabricants d'instruments de chirurgie de Paris, Mathieu et Charrière, répondirent à son appel. — A cette époque on s'efforçait de pallier à cet inconvénient de la filtration du liquide kystique, en attirant l'enveloppe de la tumeur sur la canule et l'y fixant par une ligature ou l'y maintenant par des pinces spéciales que modifia Nélaton (pl. IX, fig. 5 et 6) : c'est ce que faisait Boinet en 1862 (15 septembre) (2), et que fait encore Krassowsky aujourd'hui (3).

g) Dans la séance du 11 février 1862 de l'Académie impériale de médecine, Mathieu présenta un trocart de fort calibre à robinet muni d'un ajutage en caoutchouc et d'un point d'arrêt B dans la continuation de la canule pour empêcher celle-ci de s'échapper du kyste au moment où l'on évacue le liquide (pl. IX, fig. 7, 8 et 9).

(1) NÉLATON. *Kyste de l'ovaire multiloculaire. — Bulletin de l'Académie de Médec.*, 1861-62, t. XXVII, p. 405.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 678.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 755. — Nous avons vu déjà à propos de la ponction simple que HOFMOKL avait imaginé une ligature spéciale pour fixer le trocart aux parois des kystes.

h) Charrière, dans la séance du 25 février de la même année, en propose deux :

L'un muni d'un collet à la base de la canule (pl. IX, fig. 10).

L'autre muni de deux aîlerons qui se développent en retirant la tige (pl. IX, fig. 11).

Le robinet AAA est à coulisse comme dans le trocart à empyème du même fabricant.

La plaque, sise sous les aîlerons ou le point d'arrêt, est mobile.

i) Le 10 février 1863, Mathieu présente à l'Académie un trocart modifié sur les nouvelles instances de Nélaton qui se plaignait toujours du même inconvénient (suintement du liquide entre la canule et la paroi du kyste) lors d'une ovariotomie pratiquée à l'hôpital des cliniques.

« Pour atteindre le but, dit Mathieu, j'ai placé sur la canule du trocart (pl. X, fig. 1) une enveloppe de caoutchouc vulcanisée A qui, une fois passée dans le kyste est insufflée au moyen d'un petit réservoir de gomme de forme sphérique B. Cette partie de la canule, une fois insufflée, bouche hermétiquement, de dedans en dehors, le trou fait au kyste par le trocart, en appuyant les parois contre la rondelle D: le liquide ne peut plus s'infiltrer entre la canule du trocart et la paroi du kyste. Le bouton E sert à retirer la pointe du trocart dans la canule à l'instar du piston d'une pompe. Le tube C sert à l'écoulement du liquide au dehors du kyste après la ponction. »

j) Le trocart de ***Péan***, dont la canule est munie de pédales qui meuvent des mors cintrés destinés à fixer la paroi du kyste, nous paraît remplir aussi exactement les indications que le trocart de Mathieu, et est, en outre, d'une exécution plus simple, plus facile : il est surtout beaucoup plus maniable (V. pl. X, fig. 2).

k) Le trocart de Robert et Collin, dont se servent Richet (1) et Liégeois (2), est muni d'une sorte de tire-bouchon qui s'enfonce dans l'épaisseur de la paroi du kyste et s'adapte exactement à celui-ci sans permettre au liquide de s'écouler sur les côtés.

(1) *Ovariot.* du 29 avril 1865 in *Un. méd.*, 1865, août, et Thèse Nardou Durosier, p. 75.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 558.

l) Krassowsky (1), dans sa pratique, se sert de trocarts courbés avec robinet, de 3 numéros, selon dimensions (pl. XIV, fig. 9, 10, 11).

N° 1 : diamètre, 4 millimètres. — N° 2 : diamètre, 8 millimètres. — N° 3 : diamètre, 16 millimètres. — La longueur de la canule est de 25 centimètres, celle de la pointe triangulaire du stylet de 15 à 25 millimètres. La consistance du contenu décide du choix du numéro.

Avec ces instruments, l'ovariotomiste de Saint-Pétersbourg prétend : 1° Que le contenu du kyste coule plus facilement que par la canule des trocarts courts avec prolongement en caoutchouc.

2° Qu'il est plus facile de parvenir aux autres poches sans retirer la canule.

3° Qu'ils remplaçent fort commodément tous les autres trocarts (2).

m) Enfin le trocart auquel nous donnerions la préférence est celui de Kœberlé, qui nous paraît réunir tous les avantages (pl. XII, fig. 1, 2 et 3). Voici ce qu'en dit l'auteur (3) :

« Ce trocart est bien supérieur à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'ici. Il offre une grande légéreté et se manie avec la plus grande facilité.

« Le trocart, d'un centimètre de diamètre, forme exactement piston dans sa canule. Il suffit de le retirer d'une quantité donnée pour laisser un écoulement au liquide à travers un tube soudé obliquement à cette canule. En cas d'élargissement accidentel de l'ouverture faite par le trocart. cette disposition permet, en poussant la canule au-delà du point de rencontre des deux tubes, de boucher néanmoins l'ouverture élargie du kyste. L'instrument est muni de deux érignes dont on peut faire usage à volonté et au moyen desquelles il reste accroché au kyste, sans qu'on ait besoin de s'en préoccuper pendant l'écoulement du liquide et pendant que l'on continue l'opération. M. Elser, notre habile fabricant d'instruments à Strasbourg, a imaginé de rendre creux le trocart et la tige qui lui fait suite pour

(1) *De l'Ovariotomie*, pl. V. fig. 2, 3, 4.
(2) *Loc. cit.*, p. 9.
(3) *Opérations d'ovariotomie*, p. 19, note.

obtenir plus de légèreté. Le poids de l'instrument est de 50 grammes (1). »

6. Quel que soit du reste le trocart dont on ait fait choix, il est bon de se rappeler qu'un peu de suintement peut s'effectuer et qu'il ne faut pas se reposer absolument sur l'instrument.

7. Pendant l'évacuation du kyste, les aides exercent sur l'abdomen une compression uniforme qui s'oppose à un changement brusque dans les conditions de la circulation (2).

8. Si le liquide est trop peu fluide pour s'écouler par le tube en caoutchouc, Boinet donne le conseil (3) de retirer le trocart et de fendre le kyste : on l'entoure de flanelle, de taffetas gommé pour empêcher tout épanchement dans la cavité abdominale; le plat à barbe échancré de Kœberlé pourrait fort bien remplir cette indication importante.

9. Si le kyste a plusieures poches, lorsque la première est vidée, on ferme l'ouverture du trocart par une ligature qui empêche tout écoulement pendant les mouvements et la traction qu'on doit opérer plus tard, et on ponctionne les autres poches au fur et à mesure qu'elles sont amenées au dehors avec les mêmes précautions que la première. On rend ainsi le kyste plus souple et suffisamment mobile (4).

Néanmoins, lorsque c'est possible, on doit, comme le recommande Krassowsky (5), pénétrer dans chacune des loges non encore vidées en appuyant l'extrémité libre de la canule contre la paroi et en réintroduisant la tige du trocart.

Quatrième temps. — Extraction du kyste. Destruction des adhérences profondes.

1. Lorsqu'une partie du liquide est évacuée, on saisit la tumeur avec des érignes (Spencer Wells), ou de fortes pinces à griffes ou à dents mul-

(1) *Trocart de* Veit, de Bonn : dans la canule se trouvent quatre petites fenêtres d'où sortent quatre pointes à direction vers le manche de l'instrument : un bouton qu'on fait jouer après introduction de l'instrument dans le kyste, amène la fixation solide de la tumeur par les quatre pointes. (*Giorn. della R. Accad. di med de Torino*, 1870, 13, p. 391.)

(2) *Ibid.* Obs. 1re.

(3) *Maladies des ovaires*, p. 381, 382.

(4) Courty. *Mal de l'utérus*, p. 968. — Planté, *loc. cit.*, p. 31.

(5) *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 735.

tiples et à point d'arrêt comme celles de Charrière (fig. 3 et 4, pl. X). Pour plus de sécurité, on fixe la canule à la tumeur par une forte ligature avant de commencer l'extraction.

2. On garantit la cavité péritonéale du danger de l'échappement du kyste des mains de l'opérateur, en entourant la tumeur de flanelles trempées dans de l'eau à 96 degrès Fahrenheit (35 centigrades) et pressées (1).

3. Si des kystes secondaires se présentent à l'ouverture, lorsque le volume est trop considérable pour leur sortie facile, on les ponctionne à l'aide de la tige du trocart que l'on repousse dans la canule restée attachée à la première poche : ou bien on les vide à l'aide d'une main qui, introduite dans la cavité du premier kyste évacué, va détruire les cloisons intermédiaires, pendant que l'autre main retire la tumeur au fur et à mesure que son volume diminue (2).

4. Butcher accorde la plus grande importance à ce premier temps de l'extraction du kyste : « Lorsque le sac est vidé d'une certaine quantité de liquide, dit-il, qu'il commence à se vider et à devenir flasque, on le saisit avec une pince et on le tire avec une certaine force par la plaie jusqu'à ce qu'une petite partie en sorte : alors la pression des aides sur le haut de l'abdomen avec des compresses de flanelle, exercée doucement, dirige la sortie de la tumeur vers la direction de la plaie : ces pressions combinées, mais graduellement et régulièrement renforcées, surmonteront la résistance des adhérences non étendues. On ne recourt à la méthode ordinaire, d'arracher les moyens de connexion, qu'après les avoir soigneusement explorés avec la main et lorsque le sac, étant dégagé et suffisamment exposé, démontrera cette nécessité de la manière la plus évidente à l'œil, par le plissement de sa surface attirée par les adhérences (3). »

« Je suis certain, ajoute Butcher, que ce procédé judicieusement

(1) Sp. Wells in Jottrand et Bottaro, *loc. cit.*

(2) *Ibid.*

(3) *Loc. cit.*, p. 26. L'auteur pose en règle : « That neither the hand, director, or any other foreighn body, should be introduced into the wound to seeck for adhesions until the attempt at its delivery be mader after the manner y have just described. »

employé doit réussir dans les trois quarts des cas considérés comme justiciables de l'opération. Si on échoue, on élargit l'incision et on procède comme il est recommandé par les auteurs. S'il survient une hémorrhagie, on la réprime par le cautère ou une compresse trempée dans du perchlorure de fer en solution et tenue quelque temps sur la surface saignante : si c'est un vaisseau important qui donne, il faut le lier avec un fil d'argent : si le sang provient de quelqu'organe adhérent au sac, il faut dégager celui-ci avec soin et sans violence et étreindre la partie du sac demeurée adhérente. »

Quelle que soit la conviction de l'ovariotomiste anglais dans l'excellence de son procédé, il serait, croyons-nous, imprudent de le suivre, car il est essentiellement aveugle et dépend de l'habileté chirurgicale de trois personnes dont les efforts doivent être mesurés avec une précision quasi irréalisable. Ce procédé doit faire craindre des hémorrhagies considérables et expose à la nécessité d'appliquer un grand nombre de ligatures : il peut en résulter un grand préjudice pour le résultat de l'opération.

Nous croyons donc qu'il est préférable de procéder lentement, prudemment, comme le recommandent tous les autres ovariotomistes.

5. Quand le kyste est multiloculaire et qu'il s'agit de ponctionner plusieurs poches au fur et à mesure que les premières sont évacuées, pour empêcher la tumeur de s'enfoncer dans l'abdomen, de glisser entre les doigts ou de se déchirer aux points saisis, Nélaton avait, avant l'opération de Saint-Germain, recommandé de multiplier la denture des pinces pour saisir le kyste (1). Ce sont ses indications qui guidèrent Charrière dans la confection de ses *pinces à griffes* (pl. X, fig. 3, 4).

6. Dans le même but, Krassowsky conseille de diriger l'extrémité de la canule non retirée vers un point de la poche éloigné de 6 à 8 centimètres du point ponctionné : on réintroduit la tige pour perforer de nouveau la poche de dedans en dehors, on passe une forte ligature sous l'instrument, on forme ainsi une sorte de poignée solide pour soulever et entraîner la masse (pl. XIII, fig. 1). En même temps, la main droite introduite dans l'abdomen dirige le kyste vers l'ouverture abdominale en même temps

(1) Nélaton. *Kyste de l'ovaire multiloculaire.* — *Bull. de l'Acad, impér. de Méd.*, 1861, 1862, t. 27, pag. 405.

qu'elle rompt les adhérences qui pourraient exister et faire déchirer les parois du kyste si elles étaient friables.

7. Si elles se déchirent malgré tout, on introduit la main au travers de la déchirure dans l'intérieur de la poche pour saisir les cloisons et s'en faire un point d'appui solide sans froisser l'intestin (1). Ce procédé était déjà employé par Nusbaum (v. pl. XIII, fig. 2).

8. Mitchell Henry et Priesley, dans une ovariotomie faite à Middlesex Hospital, eurent le contre-temps de voir le kyste se rompre pendant l'opération et le liquide se répandre dans l'abdomen. A l'effet d'éviter cet accident, ils conseillent d'employer plusieurs larges trocarts au lieu d'un seul, lorsqu'il faut ponctionner différentes poches les unes après les autres (2).

Il serait préférable, croyons-nous, d'avoir recours au procédé de Krassowsky.

9. Si le kyste est trop volumineux ou trop adhérent pour être extrait d'emblée ou quand la tumeur est à demi solide ou solide, il faut agrandir prudemment l'incision autant qu'il est nécessaire pour son extraction, ou l'examen complet des obstacles à sa sortie.

10. Lorsque la tumeur a des adhérences reconnues; après l'avoir vidée on s'occupe de les détacher. Ces adhérences peuvent unir le kyste avec les parois abdominales, l'épiploon, le mesentère, l'intestin, l'estomac, le foie, la rate, la cavité pelvienne, l'utérus, l'ovaire opposé, la vessie.

11. Il ne faut *jamais déchirer* les adhérences qu'on ne peut *décoller* avec la main ou le manche du scalpel. En cherchant à détruire des adhérences au bistouri, H. Smith (3) lésa la vessie, d'où il résulta l'écoulement de l'urine par la plaie au 6e jour et mort de la malade au 20e. Nous avons vu que le docteur Marguerite, du Havre, avait commis la même faute. C'est, du reste, une lésion qui n'est pas fatalement mortelle ainsi que le prouve un fait de rupture traumatique de la vessie traitée par la section abdomi-

(1) KRASSOWSKY. *De l'ovariotomie*, p. 11. — *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 735.
(2) *Case of multilocul. ovar. tum.*, 2 août 1862. *The med T. and Gaz.*
(3) *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 663.

nale et la suture de l'organe (1). Il peut en être de même de la fistule stercorale, comme le démontre le cas de Baker-Brown (2) qui eut le malheur de perforer l'intestin pendant les manœuvres opératoires : huit jours après l'opération, les matières fécales passèrent en grande partie dans l'angle inférieur de la plaie et un large morceau de l'intestin gangrené fut retiré : la fistule qui en résulta s'oblitéra spontanément.

12. On ne doit jamais se servir du bistouri ou des ciseaux qu'entre deux ligatures, et il vaut mieux découper le kyste autour de l'adhérence que de risquer, par une dissection trop minutieuse, d'intéresser des organes importants. — Dans un cas où la face postérieure de la vessie était intimement et solidement unie à la paroi antérieure et inférieure du kyste et qu'il y avait impossibilité d'isoler ces deux parties, Labbé, sur le conseil de Nélaton, divisa en deux et de haut en bas, la partie du kyste qu'il ne pouvait extraire et donna ainsi naissance à deux pédicules volumineux qu'il embrassa chacun dans l'anse d'une forte ficelle : on ne pouvait les attirer suffisamment à l'extérieur pour songer à les placer entre les branches d'un clamp (3).

13. Si les adhérences intestinales sont trop intimes, il faut disséquer attentivement avec des ciseaux fins la paroi interne ou sécrétante du kyste et abandonner l'autre à l'intestin. — Dans un cas où deux artérioles fournissaient beaucoup de sang sans qu'on put les saisir, Kœberlé les étreignit dans une ligature comprenant une languette de tissus incisés au moyen des ciseaux (4).

14. Les adhérences les plus fréquentes sont les épiploïques ; on peut alors se conduire de deux façons :

1° Déchirer tout simplement l'adhérence anormale.

2° Lier l'épiploon et le sectionner au delà de la ligature, ce qui est préférable et expose moins aux hémorrhagies (5).

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 287.

(2) *The Lancet*, aug., 1863. — *Med. T.*, 20 déc. 1862, Obs. IX, IIe vol. p. 674. — LASKOWSKY, *loc., cit.* p. 91. — *Lancet, Med. Times*, 26 déc. 1862.

(3) *Ovariotomie du 22 avril* 1856 *de* LABBÉ. Thèse. NARDOU DUROSIER, p. 62.

(4) *Opération d'ovariotomie*, p. 139, note.

(5) *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 30.

15. L'épiploon, avant d'être replacé dans l'abdomen, doit être soigneusement séparé, étalé et examiné : toute partie altérée par le fait de la maladie ou déchirée par les tractions faites sur les adhérences, doit être enlevée; les vaisseaux saignants tordus, liés ou cautérisés par le fer rouge ou le perchloi ure de fer suivant leur importance. On réservera la ligature pour un vaisseau volumineux : elle ne doit comprendre que le vaisseau et être ensuite portée au dehors pour être fixée entre les lèvres de la plaie abdominale.

16. Quand les artères dont il faut arrêter le sang ont plus de 1/2 à 1 ligne de diamètre, Stilling emploie un procédé spécial (1) qui consiste à faire pénétrer le bout libre du vaisseau dans une entaille pratiquée à sa paroi de façon à former une sorte de nœud avec le vaisseau lui-même. Ce procédé a besoin de la consécration de l'expérience.

B. Brown se sert de fil d'argent assez fin pour ligaturer ces vaisseaux : il en tord les bouts, les coupe ras et les abandonne dans le ventre (2).

17. Lorsque ces vaisseaux au contraire sont de petit calibre, on recourt à divers procédés déjà signalés lorsque nous nous sommes occupé des adhérences pariétales.

18. Dans la rentrée de l'épiploon, Kœberlé a soin de l'étaler sur les intestins pour isoler la plaie abdominale de la grande cavité péritonéale, de telle façon que si elle laisse suinter quelques gouttes de liquide irritant, l'inflammation se localise dans une sorte de poche intérieure plus facilement accessible (3).

19. Les adhérences abdominales et épiploïques sont en général peu graves quand on peut attirer au dehors les parties liées. Les adhérences profondes donnent presque toujours lieu à des complications ou à des accidents redoutables. — Kœberlé dit s'être très-bien trouvé du cautère actuel introduit dans la pratique de l'ovariotomie par J. Clay et employé

(1) *Gefässdurchlingung* (Ligature *par perplication*), *loc. cit.*, p. 112.

(2) Courty. *Excursion*, etc., 1863, 322. Séance du 8 mars 1862 de la Société obstétricale de Londres. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 206

(3) Reveillout. *Gazette des hôpitaux*, 1868; p. 393.

plus tard par B. Brown pour diviser ces adhérences comme aussi le pédicule ainsi que nous le verrons plus loin (1).

20. Quand les adhérences sont bien limitées, par exemple entre la tumeur et les anses intestinales, Kœberlé comme beaucoup d'ovariotomistes surtout anglais, les coupe sur un clamp à l'aide d'un cautère chauffé au rouge : cautère cultellaire petit et mince pour éviter de blesser l'intestin par la chaleur rayonnante : le clamp serre sur une surface assez étroite : on peut le garnir en dessous de quelque substance isolante, ce qui n'est pas nécessaire lorsque le cautère n'est pas trop gros. Pour que l'hémostase soit parfaite, il est bon que le clamp soit chauffé à un certain degré : les tissus sont mieux desséchés, les vaisseaux mieux fermés, mais il ne faut pas que la chaleur soit assez grande pour les brûler : Kœberlé promène lentement son petit cautère à la surface du clamp : pour retirer celui-ci il y met les mêmes précautions que pour sa pince à compression (2).

Péan pour ce cas particulier a fait construire un clamp spécial qu'il appelle : *clamp à vis* (pl. X, fig. 5), pour écraser les adhérences et permettre la cautérisation linéaire.

21. Dans un cas où il existait des adhérences extraordinaires avec l'épiploon, le mésentère et l'utérus, la base de la tumeur impossible à extirper fut embrassée par une anse de fil de fer qui, resserrée successivement, détermina la mortification de la tumeur ovarique en totalité. Il est resté alors une poche suppurante dont l'ouverture extérieure a été maintenue béante pendant deux mois jusqu'à cicatrisation complète : les lotions de sulfate de fer eurent un résultat merveilleux (3).

22. Si l'on se trouve dans l'impossibilité absolue de continuer l'opération à cause des adhérences, il reste divers partis à prendre, ainsi que les résume Courty (4) :

(1) *Gazette des hôpitaux*. 1866, n° 115, p. 454.

(2) Reveillout. — *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 393.

(3) Koeberlé. — *IIIe ovariotomie*. — *Académie des sciences*, 16 fév. 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 138.

(4) *Maladies de l'utérus*. pp. 977, 978.

1° Réunir la plaie en comprenant les parois du kyste et l'y faisant adhérer :

a) Pour oblitérer son ouverture et ramener l'opération à une ponction ;

b) Pour laisser béante son ouverture, l'agrandir même pour y introduire des agents modificateurs et ramener ainsi l'opération à l'incision de Ledran (1).

2° Exciser une partie du kyste (opération condamnée par la statistique de J. Clay).

3° Enlever le plus gros de la tumeur et étreindre le pédicule comme dans les cas ordinaires (adhérences intimes, mais partielles).

Nous verrons plus tard, par la pratique de Péan, qu'il est bien peu de cas qu'on doive ainsi abandonner.

23. L'opérateur trouve une tumeur fibreuse utérine pédiculée ou non. Doit-il l'extirper? C'est là une question trop controversée encore aujourd'hui pour engager les chirurgiens à entrer dans cette voie (2) : elle sort d'ailleurs du cadre imposé à notre travail.

24. Dans un cas de grossesse à 5 mois, méconnue, et où l'utérus pris pour un kyste fut ponctionné par Sp. Wells, ce chirurgien (l'utérus en se contractant avait déterminé sa rupture et l'issue du placenta et du produit par la plaie) dilata le col utérin au moyen du doigt porté par le vagin, ligatura d'une manière non interrompue la plaie utérine et fit passer un chef par le vagin et l'autre par l'abdomen. La guérison eut lieu après beaucoup de dangers (3). — S. Wells cite quatre autres observations, publiées ou inédites, d'ovariotomies pratiquées par lui pour des kystes compliqués de grossesse.

Cinquième temps. — Traitement du pédicule.

1. Quand il n'y a pas d'adhérences et que le kyste ne tient plus que par son pédicule, ou lorsque les adhérences quand il en existe, ont été soi-

(1) Voir la *Statistique de* Fock pour les essais modernes.

(2) Voir Routh. *On Some points connect. with the Pathol. Diagn. and Treatm. of fibr tum. of the Womb.*, Lond., 1864. — Koeberlé. *Documents pour servir a l'histoire de l'extirpation des tissus fibreux de la matrice, par la méthode suspub.* Strasbourg, 1864.

(3) *Med. Times and Gazette*, 30 septembre 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 663.

gneusement détachées, les aides soutiennent la masse suspendue et on place autour du pédicule la compresse fendue de flanelle trempée dans l'eau chaude pour préserver l'abdomen et son contenu de l'écoulement des liquides et de tout froissement.

2. Il s'agit maintenant de fixer, de lier le pédicule. La conduite à tenir variera suivant le mode d'implantation de la tumeur qui peut avoir :

1° Un pédicule ordinaire, mince, étroit, assez long pour venir dans la plaie sans tiraillement (1).

2° Un pédicule court, épais et large.

3° Une base d'implantation très-étendue, en même temps que la tumeur peut être reliée aux organes pelviens par une très-grande partie de leur surface (2).

A. PÉDICULE ORDINAIRE, MINCE ET LONG.

1. La conduite des ovariotomistes n'est pas la même : les uns abandonnent après ligature, le pédicule dans l'abdomen, les autres au contraire, s'efforcent de le retenir au dehors.

1. Pédicule laissé dans l'abdomen.

1. Tyl. Smith traverse le pédicule par son milieu avec un fil double, ciré : le fil est alors dédoublé, un des chefs est solidement serré autour de la moitié inférieure du pédicule, arrêté par un double nœud et coupé ras. — L'autre chef, serré de la même manière sur la moitié supérieure du pédicule, est ensuite renversé pour embrasser dans une troisième ligature la totalité du pédicule au niveau des deux premières : les deux chefs sont coupés ras (3). — Saisi de la main gauche, le pédicule doit être minutieusement observé pour le cours de ses vaisseaux sanguins : on le ponctionne alors avec un bistouri ou un scalpel et à travers l'ouverture on passe l'ai-

(1) BOYE, dans une ovariotomie, trouva le pédicule presque complètement atrophié, ce qu'il attribua aux fortes adhérences contractées par le kyste avec la paroi abdominale, le colon transverse, le gros intestin et l'épiploon (*Hospitalt*, n° 13, 1869).

(2) COURTY. *Maladies de l'utérus*, p. 973. — PÉAN, *loc. cit.*, deuxième édition, p. 16.

(3) COURTY. *Excursion*, etc. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 522. — BOINET. *Malad. des ovaires*, p. 390.

guille à anévrysme munie de la ligature. — Wilson conseillait de lier chaque vaisseau à part (1). — Le pédicule est excisé immédiatement en dehors des ligatures et son moignon remis dans le bassin avec les ligatures ou plutôt les anses qui serrent le pédicule : l'auteur recherche par ce procédé, l'avantage d'obtenir une réunion de la plaie abdominale par première intention.

2. H. Walne lie les artères du pédicule séparément ainsi que le recommande Wilson et c'est ce que beaucoup d'auteurs considèrent comme un progrès; puis il se sert d'une ligature simple ou double pour opérer la constriction du pédicule qu'il abandonne dans la cavité abdominale. Sur 4 opérations, il obtint 3 guérisons (2).

Clay emploie le chanvre indien comme ligature qu'il abandonne dans l'abdomen (3).

Marion Sims préfère les ligatures métalliques qu'il abandonne également dans le ventre. Un seul cas d'ovariotomie est apporté à l'appui de son opinion (4).

Bryant croit que la pratique de T. Smith constitue un véritable progrès et pourrait se généraliser davantage (5).

3. C'est là, néanmoins, une conduite qu'on ne doit pas conseiller, même dans le cas de pédicule très-court, à cause des dangers auxquels pareille pratique expose :

1° On laisse dans le ventre des corps étrangers qui peuvent provoquer de la péritonite ou de la suppuration. Kœberlé a grand soin de ne jamais

(1) LABALBARY, *loc. cit.*, p. 69.

(2) *London med. Gaz.*, 1843, 1844. — STILLING, l'auteur de la *Méthode extra-péritonéale*, se sert aujourd'hui pour les pédicules courts et épais de ligatures animales ; en cordes de violon italiennes, macérées dans sept parties d'huile de lin cuite sur une partie d'acide carbonique. Il replace ensuite, après l'avoir étreint, le pédicule dans la place qu'il doit occuper dans le bassin. Il réserve le clamp pour les pédicules longs et grêles. D'après des expériences sur les animaux, il a constaté que quelques heures suffisent pour que la partie du pédicule au-dessus de la ligature, contracte des adhérences avec la base du pédicule et les tissus voisins, en outre que les ligatures animales sont absorbées en trois à quatre jours (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1872, p. 492. — *Note ajoutée pendant l'impression*).

(3) LABALBARY, p. 70, *loc. cit.* — NEGRONI, *loc. cit.*, p. 18.

(4) *Mémoires de la Société de chirurgie.* — BOINET. *Maladies des ovaires*, p. 390 et suiv.

(5) HERRERA-VEGAS, *loc. cit.*, p. 110.

faire de ligatures perdues : d'après lui beaucoup d'opérées meurent alors au bout du 1[er] ou 2[e] septenaire, de péritonite consécutive à des collections purulentes qui se sont formées autour des ligatures et qui n'ont pas trouvé d'issue au dehors (1).

2° Les époques menstruelles exposent à un écoulement sanguin par le pédicule : il peut se produire des hématocèles abdominales, comme Spencer Wells en a vu deux cas.

3° Il peut survenir une hémorrhagie interne consécutive si les ligatures tombent avant l'oblitération des vaisseaux.

4° On s'expose au danger d'étranglements internes par les brides formées par les adhérences qui se constituent entre le péritoine et les intestins.

4. Spencer Wells sur 150 opérations imita 21 fois cette conduite et eut 8 morts et 13 guérisons :

4 moururent de septicémie ;

2 de péritonite;

1 d'hémorrhagie consécutive et

1 de pyohémie, 29 jours après l'opération (2).

La statistique de Clay donne 33,9 % de mortalité dans les 171 cas où le pédicule fut laissé dans l'abdomen et 55,5 % pour les 45 cas où il fut retenu au-dehors par divers moyens. Mais il est bon de faire remarquer qu'il signale à part 175 cas où le pédicule fut *probablement laissé* dans l'abdomen et ici la mortalité fut de 56,0 % : ce qui donne 50 % de mortalité pour les 346 cas. Ajoutons qu'en regard, le chiffre de 45 cas est trop faible pour soutenir comparaison.

Statistiques Clay et Neyroni combinées :

Pédicule maintenu dans la plaie.	182 »	76 morts,	41,7 %.
» » » l'abdomen	212 »	70 »	33,0 »
» abandonné avec ligature perdue ou après torsion.	10 »	3 »	30,0 »

(1) *Opérations d'ovariotomie*, p. 123, note.

(2) LASKOWSKI, thèse citée, p. 83.

5. Une autre méthode, que recommande Boinet (1) et que suit Lane (2), quoiqu'elle nous paraisse exposer aux même dangers, consiste à lier le pédicule et à l'abandonner ensuite dans le ventre, mais en fixant les ligatures non coupées dans l'angle inférieur de la plaie jusqu'à détachement au bout de 3 à 6 semaines : on se sert de plusieurs ligatures pour traverser les pédicules gros et courts et d'une seule si, au contraire, le pédicule est long et mince. Le docteur Aveling (3), dans un cas où il suivit ce procédé, enleva la ligature au bout de 48 heures et sa malade guérit.

6. Plus tard, Boinet, suivi bientôt par Braxton Hicks (4), mâcha le pédicule avec un clamp à branches dentelées en forme de compas et à mortaise comme l'entérotome de Dupuytren, instrument de son invention, puis abandonna le pédicule, ainsi traité, dans le ventre sans ligature. C'est à quoi se réduisent en définitive le procédé de W. Atlee, de Philadelphie, qui employait à cet effet l'écraseur de Chassaignac (5) et celui de Maisonneuve, qui opérait la torsion du pédicule. (Thèse de concours. — *Herrera-Vegas loc. cit.*, p. 168).

Mais, encore une fois, nous rencontrons ici des dangers plus grands peut-être que par la ligature : l'hémorrhagie est surtout à craindre par ces procédés.

7. Butcher ne considère qu'une chose dans le traitement du pédicule (6), c'est de le mettre à l'abri de l'hémorrhagie : cette précaution bien prise, il trouve peu rationnel de le porter dans l'angle de la plaie et de l'y retenir par quelque moyen que ce soit, car toute traction ou compression de la partie étranglée peut amener des accidents : il faut donc, d'après l'auteur anglais, laisser le pédicule libre, *en relâchement, en repos.* « La conduite

(1) *Malad. des ovaires*, p. 392.
(2) Courty. *Excursion* etc. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 550.
(3) *Gazette médicale de Paris.* — *The med. Times and Gaz.*, 1866.
(4) Boinet. *Maladies des ovaires*, p. 392. — Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 111.
(5) *North. Amer. Review*, 1858. Il n'y eut pas de suppuration et le quatorzième jour l'opérée, âgée de 61 ans, put faire un voyage à cheval.
(6) *Loc. cit.*, pp. 24 à 30.

à tenir, dit-il, variera avec l'épaisseur, la longueur, la vascularité du pédicule : dans mon premier cas, il avait près de deux pouces et demi et était très-épais : comme procédé provisoire, j'appliquai une ligature serrée à la base du pédicule et une autre plus haut : alors, avec un cautère cunéiforme chauffé à température convenable, je coupai le pédicule dans la partie intermédiaire, mais, malgré qu'il fut lié d'une manière très-serrée, du sang pur, rutilant, artériel jaillit rapidement : j'amenai alors le pédicule au jour : une large artère fut disséquée et liée, ce que le cautère n'aurait pu faire : le restant du pédicule, placé à la lumière, était suffisamment transparent en quelques-uns de ses points pour permettre l'introduction d'un instrument délié, conducteur d'une double ligature, sans le moindre risque de transfixer ou diviser un vaisseau. Le pédicule, traversé ainsi, fut lié dans chacune de ses deux parties, de manière à offrir toute sécurité, car il est bon de se souvenir que, lorsque la partie étranglée est trop grosse, la puissance strictive n'est pas toujours suffisante, après quelques jours la ligature se relâche et l'hémorrhagie peut se faire par quelques vaisseaux non obturés dans le centre de la partie embrassée par la ligature.

« Le cautère est donc positivement insuffisant, quand les vaisseaux du pédicule sont volumineux, même lorsqu'on l'emploie après la ligature simple. Je ne veux pas faire le procès de la cautérisation dont je fais usage dans bien des circonstances, ajoute Butcher, et même dans tous les cas où le pédicule a été lié par portion, j'ai soin d'appliquer le cautère sur la partie saignante : son emploi m'a toujours rendu de grands services, employé de cette façon, après l'extirpation de la machoire supérieure et dans d'autres opérations graves en arrêtant les formes mauvaises de l'inflammation érysipélateuse ou diffuse et en la rendant réparatrice. Mon avis est que sa judicieuse application à la surface de section du pédicule compte pour beaucoup dans le succès, mais je réitère ici le conseil de lier le pédicule séparément en deux, trois ou plusieurs portions quand le cas l'exige. Des fils forts en argent doivent être préférés comme innocents pour les tissus environnants. »

Tout en nous refusant à accepter le procédé de Butcher, en ce qu'il a d'analogie avec ceux que nous avons critiqués plus haut, nous devons

cependant tenir grand compte de l'excellente appréciation qu'il donne de l'innovation apportée dans la section du pédicule par Clay et Baker-Brown, c'est-à-dire de l'emploi du cautère actuel : nous avons encore à y revenir.

8. J. Maslowsky (1), dans un cas d'extirpation de l'utérus, disséqua un lambeau de la séreuse de la tumeur, en recouvrit la surface saignante du pédicule et abandonna celui-ci dans l'abdomen.

2. Pédicule fixé au dehors.

1. Il faut, en règle générale, chercher à attacher le pédicule à la plaie abdominale et, autant que possible, en dehors de cette plaie. A cet effet, on emploie généralement les procédés suivants :

1° On passe une suture à la fois à travers le pédicule et les deux lèvres de l'angle inférieur de la plaie.

2° On retient en ce même point le pédicule par une forte aiguille ou une épingle en bec de lièvre qui le transperce en même temps que les lèvres de la plaie.

3° On le maintient simplement contre une des lèvres de la plaie : la partie destinée à se gangréner est entourée d'un pansement qui s'oppose à la souillure des parties saines par la sanie gangréneuse : sans quoi on s'expose à la putréfaction de la plaie et à l'infection putride.

4° Depuis l'invention d'Hutchinson, du *clamp* (2) ou *clipper* (3) en 1858, on se sert généralement de cet instrument.

5° Peaslee, dans une ovariotomie pratiquée le 12 février 1855, trois jours après une ponction vaginale après laquelle il avait laissé à demeure une sonde en gomme élastique, s'avisa de faire passer la ligature du pédicule par cette sonde introduite dans le cul-de-sac vaginal. — Il y eut écoulement fétide par la plaie, état typhoïde alarmant. — Peaslee fit des injections de sérum artificiel dans la cavité péritonéale par la sonde à

(1) *Serös. plastische Methode der ovariotomie und der Excision des Uterus von der Regio hypogastrica. — Centralbl. für die medicin. Wissench.* n° 56, 1868.

(2) Emboîter.

(3) Serrer, rogner.

demeure, prompte amélioration et guérison de la malade le 30 mars (1).

Nous allons revenir, avec quelques détails, sur l'historique et la description de ce procédé.

2. Sp. Wells, dans un travail inséré dans le *Med. chir. Transact.* (2), rapporte à Duffin (années 1850 et 1851), en Angleterre, le procédé que recommande Erichsen (3) et qui consiste à retenir fixé au dehors le pédicule de la tumeur après l'ablation de celle-ci. Voici cette observation de Duffin qui provoqua la statistique de Rob. Lee et suggéra à l'auteur l'idée de maintenir le pédicule en dehors :

Femme de 38 ans, — tumeur remplissant tout le ventre, au point qu'il était impossible de déterminer à quel ovaire elle appartenait : ce devait être à l'ovaire gauche d'après les commémoratifs. — Ventre comme dans une grossesse à terme et cela en 7 ou 8 mois de temps. — Tumeur très-mobile, paraissant libre de toute adhérence. — Moral excellent. — Vif désir de l'opération que la malade connaissait.

Ovariotomie le 27 août 1851. — Chloroforme, petite incision sur la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis, — le doigt introduit ne trouve d'adhérences qu'à la base, mais intimes et très-étendues. — Agrandissement de l'incision qui prend ainsi 3 pouces. — Evacuation du kyste. (130 onces de liquide visqueux, épais, brunâtre). — Parois du sac attirées au dehors après avoir vidé un second kyste gros comme une orange, enfermé dans le premier. — La tumeur étant complètement sortie, ligature séparée de trois artères et d'une veine. — Forte ligature autour du pédicule qui a 1 1/2 pouce de long. — Section en dessous de la ligature.

Duffin ayant remarqué que la mort à la suite des ovariotomies arrivait à trois époques principales :

1° Dans les 2 premiers jours comme conséquence immédiate de l'opération.

2° Un ou deux jours plus tard, de péritonite.

3° Plus tard encore par des décompositions putrides qui s'opèrent dans

(1) *The Americ. Journ. of Med. sc.*, janv. 1856.

(2) *Histoire et progrès de l'ovariotomie dans la Grande-Bretagne*, vol. XLXI, p. 33.

(3) Labalbary, *loc. cit.*, p. 69.

la cavité abdominale, pensa qu'on pouvait obvier à cette dernière cause en maintenant le pédicule de la tumeur en dehors de l'abdomen. — Son opérée guérit : la chute de la ligature eut lieu le 15e jour et la cicatrisation était complète le 22e (1). — De là, dit Sp. Wells, date une nouvelle ère pour l'ovariotomie (2).

Or, en 1841, le docteur B. Stilling, de Cassel, sous le nom de *Extrà péritonaàl Méthode,* décrit ce procédé dont il avait conçu l'idée en 1837, après une opération d'ovariotomie par l'ancienne méthode et où il crut, avec raison, devoir attribuer la mort de la malade à une hémorrhagie consécutive qui s'était faite par le pédicule : cet accident n'eut pas de suites fâcheuses avec le nouveau procédé (3). La question de priorité pour cette innovation dont l'importance est capitale en ovariotomie, a été exposée et jugée en faveur de Stilling, à l'Académie royale de médecine de Belgique, sur le rapport du docteur Verhaeghe (4).

Voici, au reste, comment Stilling exposait lui-même son procédé à cette époque :

« La tumeur de l'ovaire n'adhère à aucun autre point de la cavité pelvienne qu'à l'endroit de son origine (et ces cas sont les plus ordinaires) ou les adhérences d'une autre nature sont de telle sorte, que lorsqu'elles sont détachées elles ne donnent aucune inquiétude ultérieure pour l'arrêt du sang ou une hémorrhagie consécutive. Si bien que de cette façon, le point d'origine, le ligament de l'ovaire et la trompe de Fallope sont seuls à attirer l'attention pour la crainte de ces accidents. Dans ce cas, voici le procédé à suivre : on extrait la tumeur de la cavité abdominale, on retranche au bistouri la plus grande partie de la tumeur hors du ventre pendant qu'on laisse attachée au pédicule une portion grosse comme le poing de l'ovaire hypertrophié (plus grosse ou plus petite selon les circonstances), une sorte

(1) Société médico-chirurgicale de Londres. *Transact. med. chir.*, t. XXXIV. — Bernard, *loc. cit.*, p. 470.

(2) Voir *Historique.*

(3) *Holscher's Hannoverschen Annalen*, 3 Heft, s. 281-311, u., 4 Heft, s. 393, 448. — Voir aussi : *Die Extra-peritonaäl meth. der Ovar.* Berlin, 1866, s. 20, 22.

(4) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1863, p. 836.

de gâteau qui contient les ramifications artérielles les plus importantes comme le cordon ombilical dans le placenta..... Dès que la surface de section du reste de l'ovaire ne laisse plus couler de sang, on le place dans l'angle inférieur de la plaie abdominale de manière que toute la surface cruentée soit située en dehors, libre, sur le même plan que la face externe de la paroi abdominale antérieure, ou plutôt appliquée sur celle-ci à la manière d'un tampon..... Mais si le pédicule est trop court, de manière que le reste de la tumeur ne puisse être amené à la surface de la plaie cutanée sans exposer l'utérus à être tiraillé et déplacé, alors on peut réunir les bords du reste de la tumeur des deux côtés, avec ceux de la plaie abdominale au moyen de la suture, de telle sorte que la section du reste de l'ovaire remplit l'angle inférieur de la plaie comme un bouchon s'adapte dans le goulot d'une bouteille (1). »

3. Voici maintenant la récapitulation des principes qu'établissait Stilling en 1841 et 1849 (2), le premier, par conséquent, et on ne peut assez lui rendre cette justice :

« 1° L'ovariotomie achevée, c'est-à-dire la tumeur extraite de la cavité abdominale et sa séparation de son pédicule opérée, ce dernier ne doit

(1) « Ist die Geschwulst des Ovariums an keiner andere Stelle der Unterleibshöhle befestigt, als an der Stelle ihres Ursprungs-und diese Fälle sind ja die gewönlichen — oder sind die übrigen Adhäsionen der Art, dass sie nach der Losung keine anderweits Rücksicht auf Blutstillung und auf Nachblutung erheischen so dass also nur die Ursprungstelle, Ligamentum Ovarii und Tuba Fallopii, die Hauptberücksichtigung in Beziehung auf Blustillung und Nachblutung auf sich zieht, so wurde man auf folgende Weise verfahren : man zieht die geschwulst aus der Bauchhöhle hervor, und trägt den grössten Theil der geschwulst ausserhalb der Bauchhöhle mit dem Messer ab, indem man an dem Stiele ein rundes etwa faustgrosses stück der vergrösserten Ovariüms — grösser oder kleiner, je nach Umständen, — einen Art Teller sitzen lässt, dasjenige in welchem die grössten und beteüdenten Arterienverzweigungen, wie in der Placenta die Nabelschnurgefässe, enthalten sind.... Ist auf der Schnittfläche des ovariumrestes die Blutung gestillt, so legt man ihn in den unteren Winkel der Bauchwunde, so, dass die ganze schnittfläche desselben nach aussen liegt, frei, in gleicher Ebene mit der vorderen Bauchwandung, oder vielmehr wie ein Pfropf hervorstehend. . . . . . . Ist aber der Stiel zu kurz, so dass der Rest der geschwulst nicht ueber die Fläche der Hautbedeckung hervorgezogen werden kann ohne Uterus, u. z. w., zu sehr zu zerren und in seiner Lage zu beeinträchtigen, so kann man die Ränder des geschwulstrestes auf beiden Seiten mit den Rändern der Bauchwandungen mittelst der Nath vereinigen, und fest vereinigen, so dass die Fläche des ovariumrestes den Unteren Wundwinkel ausfüllt, denselben, wie der Pfropf eine Flasche, verstopft. »

(2) STILLING, *loc. cit.*, p. 79 et 80. C'est ce qu'il désigne sous le nom de *Toilette du pédicule* (p. 83).

plus être reporté en totalité dans le ventre : il est préférable de chercher à ce que :

« 2° La plaie de section ou le bout du pédicule soit placé et fixé au dehors de la cavité abdominale, afin que l'inflammation consécutive du pédicule soit le moins possible en contact avec le péritoine, mais demeure plutôt sur la surface du bas-ventre, et que la surface saignante du pédicule reste, d'un autre côté, toute entière sous l'œil et la main du chirurgien.

« 3° Par le fait que l'inflammation survenant dans la surface de section du pédicule aura peu de chances ainsi de se commmuniquer au péritoine, tout aussi peu également il y aura possibilité qu'une hémorrhagie consécutive du pédicule puisse gagner la cavité péritonéale : d'ailleurs une hémorrhagie, en tant qu'elle puisse survenir, ne pourra se faire qu'au dehors, sera reconnue par l'opérateur qui aura sous la main les moyens les plus sûrs et les plus faciles pour l'arrêter.

« 4° L'opération achevée et le pansement fait, la cavité abdominale doit être suffisamment fermée pour que les viscères du bas-ventre ne puissent éprouver aucune influence fâcheuse autre que celle nécessitée par l'opération : ainsi, rien de la part des ligatures du pédicule ni de l'hémorrhagie ou de l'inflammation de celui-ci.

« 5° Avec un long pédicule on excise la tumeur toute entière ; avec un court pédicule on laisse une petite portion de cette tumeur (grosse comme un œuf de pigeon ou le poing) adhérente au pédicule. Celui-ci sera fixé dans l'angle inférieur de la plaie qu'il fermera comme un bouchon ferme une bouteille.

« 6° La ligature en masse du pédicule doit toujours être évitée si c'est possible. Elle prédispose aux hémorrhagies consécutives d'autant plus que le pédicule est plus gros.

« 7° La striction des vaisseaux isolés, la torsion ou la ligature des artères contenues dans le pédicule restent le meilleur et le plus sûr moyen d'hémostâse. Lorsque il y a brièveté du pédicule, on laisse une partie de la tumeur, une sorte de gâteau (comme un placenta au bout de son cordon ombilical) ; on arrête l'écoulement du sang provenant de l'incision de cette

partie de la tumeur par les moyens ci-dessus désignés ou par le fer rouge, ou enfin on applique l'écrasement linéaire au lieu du bistouri si on croit pouvoir y mettre le temps. »

4. Ed. Martin (1) et B. Langenbeck (2), désireux d'éviter la lésion du péritoine, eurent recours deux fois au procédé suivant :

« On dissèque par de petits coups de bistouri le lambeau du péritoine sur les deux côtés du pédicule, immédiatement au-dessous de la tumeur cystique : après avoir retiré quelque peu ces lambeaux péritonéaux, on enfile le restant du tissu du pédicule par deux ou trois solides ligatures, composées de trois à quatre fils, au moyen d'aiguilles rondes, mousses : on sépare alors complètement la tumeur du pédicule en liant au fur et à mesure les artères et les veines dont on constate l'ouverture. Se manifeste-t-il une hémorrhagie en nappe, on y applique la ligature en masse.

« Les deux ou trois solides ligatures dont on a traversé le pédicule à l'exclusion du péritoine, soigneusement disséqué à cet endroit, servent à la fixation du pédicule dans la plaie abdominale : on enfile les deux bouts de chacune d'elles dans des aiguilles tranchantes, et on traverse à distance convenable les parois abdominales sans intéresser le péritoine : après les avoir ainsi fait servir à une réunion, aussi exacte que possible, de la plaie abdominale, les bouts de ces ligatures sont réunis par un nœud près des bords de l'incision, tandis que les ligatures jetées sur les vaisseaux du pédicule sont placées, par groupes de deux à trois, près de la plaie. Dans l'intervalle de celles qui ont servi à la suture, on dispose transversalement sur la plaie de courtes bandelettes agglutinatives pour réunir les bords aussi exactement que possible, et on fixe séparément les ligatures des vaisseaux et celles qui retiennent le pédicule pour permettre et faciliter leur enlèvement. »

5. Desgranges (3) lie le pédicule à l'aide d'une cordelette cirée et du nœud de Fergusson. Le pédicule est alors embroché par deux fortes

(1) *Loc. cit.*, IX *Fall ovariotom.*, s. 91, u. s. s. 86, 87, 97.

(2) *Deutsch. Klin.*, 1851, 24 mai, n.° 21, p. 223. — WAGNER. LANGENBECK'S *Method. der Extirpat. Ovar. Verhandl. der Ges. f. Geb.* VI Heft, s. 181, 1852.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 584. — *Journal de médecine de Lyon*, 1er et 15 septembre 1867. — CHRISTOT. *Ovariotomie pratiquée par* M. DESGRANGES. Lyon, 1867. p. 19.

épingles en maillechort qui le fixent solidement à l'angle inférieur de la suture. Lacroix, de Beziers, préfère également la ligature avec aiguille au clamp qui est pénible à supporter, surtout lorsque des accidents inflammatoires se déclarent (1). Planté est aussi d'avis (2) qu'on peut se passer toujours du clamp et recourir à une ligature fort serrée en maintenant le pédicule en place par une tige métallique qui l'embroche, ou un des fils de la suture enchevillée qui le traverse. On peut aussi embrocher le pédicule entre deux ligatures, comme l'a fait Richet.

6. Labbé saisit le pédicule avec l'écraseur à sa sortie de la plaie externe et l'ampute à un centimètre au-dessus de la chainette. Il assujettit ensuite le moignon à l'aide du fer de lance qu'emploient également Stilling et E. Martin, et comprenant en même temps les deux lèvres de la solution de continuité (3).

7. Stilling (4), comme T. Smith, Butcher, Martin, Langenbeck, Spencer Wells, etc. traversent aussi près que possible de la tumeur, pour le tenir aussi long que possible, le pédicule par son milieu avec une double ligature de soie solide : les ligatures sont nouées solidement des deux côtés et la tumeur excisée. Ensuite le pédicule est fixé dans l'angle inférieur de la plaie au moyen d'une aiguille en fer de lance de quatre pouces, de telle façon que sa surface de section soit à un pouce au-dessus du niveau de la peau abdominale : l'aiguille traverse les lèvres de la plaie à travers toute l'épaisseur de la paroi du ventre des deux côtés (y compris le péritoine) et à travers le pédicule en-dessous de la double ligature.

8. Spencer Wells invoque l'expérience (5) pour décider ou démontrer ce qui vaut mieux :

1° De lier isolément les vaisseaux du pédicule.

2° Détreindre toute la masse pédiculaire.

3° D'appliquer l'acupressure.

4° D'employer l'écraseur.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1864, t. LXVI, p. 183.
(2) *Loc. cit.*, pp. 35 et 36.
(3) Delstanche, *loc. cit.*, p. 410.
(4) *Loc. cit.*, troisième observation, pp. 75, 74, puis 1 07 : 6.
(5) Jottrand et Bottaro, *loc. cit.*

9. En février 1865, Baker-Brown présenta la première opérée chez laquelle il eut divisé le pédicule par le cautère actuel, à la Société obstétricale de Londres (1) : il suivait en cela les errements de Clay de Birmingham (2). Le 7 mars 1866, il communiqua à cette Société son 11e cas de cette pratique nouvelle : toutes ses malades ont guéri, ce qu'il attribue à l'usage du cautère actuel. Pour se mettre en garde contre l'hémorrhagie, le chirurgien anglais recommande d'employer un cautère chauffé au rouge obscur plutôt que chauffé à blanc, il ne faut pas aller trop vite pour sectionner le pédicule, mais à petits coups et par pression et froissement. Le pédicule est retenu dans la plaie. Dans quelques cas, néanmoins, il s'est vu obligé de lier une ou plusieurs artères, malgré l'emploi du cautère : c'est là le point sur lequel insiste avec raison Butcher, ainsi que nous l'avons vu : il faut donc employer concurremment la ligature pour s'opposer sûrement à tout accident hémorrhagique. Sköldberg emploie également ce procédé.

10. *a*) En 1858, Hutchinson imagina de comprimer le pédicule par un instrument spécial placé à la jonction du pédicule et du kyste : ce dernier était alors enlevé par le bistouri un peu au-dessus de l'instrument compresseur qui reste en place au devant de la plaie jusqu'à mortification de la portion étreinte du pédicule : c'est le *clamp*, sorte de compas en bois : à 5 centimètres ou moins du point d'articulation, se trouve un petit arc de cercle fixé à l'une des branches et glissant dans une rainure percée dans l'épaisseur de l'autre branche : une vis à pression sert à immobiliser dans la rainure l'arc de cercle alors que les branches de l'instrument sont rapprochées au point de comprimer suffisamment le pédicule : un peu en dessous de l'arc de cercle, les extrémités des bronches sont articulées de la même façon que les pointes d'un compas ordinaire et peuvent être enlevées quand la partie qui doit rester en place sur la plaie, est fixée.

b) Sp. Wells a modifié l'instrument primitif d'Hutchinson en le faisant confectionner en acier puis en donnant à la partie qui doit rester en

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 1866. — *Journal de la Société des sciences méd.*, etc., *de Bruxelles*, t. I, 1866.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 562.

place, une courbure dans le sens opposé à celui de l'écartement des branches : de cette façon, l'instrument ne touche les téguments que par le milieu de l'arc de cercle qu'il représente (1). Plus tard encore de nouvelles modifications en firent son *clamp circulaire* (2).

c) D'après Baker-Brown, le meilleur clamp serait le compas courbe des charpentiers (3), appliqué aussi près que possible de la tumeur autour du pédicule que l'on coupe ensuite à 1 1/2 pouce de l'instrument, lequel est maintenu dans l'angle inférieur de la plaie : le compas est enlevé au bout de 3 ou 4 jours, ou de quelques heures seulement s'il y a des douleurs vives par suite de la brièveté du pédicule : la plaie guérit plus vite et la convalescence s'opère en 2 ou 3 semaines, tandis que les ligatures demandent pour tomber, 9 ou 10 jours et même plusieurs semaines : la convalescence s'en trouve éloignée : cette persistance des ligatures tient à ce qu'il y a trop de tissus interposés et pas suffisamment serrés.

Dans ce clamp de B. Brown, plus grand que celui de Sp. Wells, la partie qui opère la constriction ne se sépare pas des manches, ce qui augmente beaucoup le poids et le volume de l'instrument qui doit rester en place (4).

Le clamp laissé au devant de la plaie offre effectivement des inconvénients :

1° Quand le pédicule est court et gros, il déprime la plaie et empêche de l'examiner.

2° Il expose les malades à une assez grande gêne.

3° L'instrument peut se détacher et, quand les adhérences ne sont pas faites, entraîner des accidents mortels comme il est arrivé dans l'ovariotomie de Demarquay.

Sp. Wells trouve également préférable d'enlever le clamp au bout de quelque temps et de le remplacer par une ligature qui maintienne le pédicule d'une façon permanente. A cet effet, le clamp une fois placé, on

(1) JOTTRAND, *loc. cit.*, note, p. 221.

(2) *Med. Times and Gaz.* octob. 30, 1869. *Brit. med. J.*, octob. 30, 1869 avec figure.

(3) *De l'hydropisie*, etc., chap. V. LABALBARY, *loc. cit.*, p. 70. Société obstétricale de Londres. Séance du 8 mars 1862. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 206.

(4) COURTY. *Excursion*, etc. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 322.

transperce le pédicule avec une aiguille portant un fort fil et les deux bouts sont noués de manière à comprendre une partie du pédicule de la largeur d'un doigt. Une ligature générale est ensuite jetée sur le tout et fortement serrée pour s'opposer à toute hémorrhagie éventuelle. On enlève alors le clamp et on excise la partie du kyste laissée adhérente au pédicule en en laissant néanmoins au-dessus de la ligature une portion suffisante pour empêcher le glissement du fil (1). C'est généralement de 36 à 48 heures après l'opération que Sp. Wells enlève le clamp : il dût le retirer une fois 4 heures après, par suite de la brièveté du pédicule qui occasionnait des tiraillements de l'utérus et par suite des vomissements (2).

Stilling emploie le clamp jusqu'à achèvement de l'opération, puis l'enlève pour laisser le serre-nœud de Graëfe de préférence au clamp de Clay, qu'il critique parce qu'il cache une grande partie des bords de la plaie à l'œil de l'observateur, et que son poids est trop considérable pour le ventre de l'opérée. Le serre-nœud au contraire, permet de mieux suivre le retrait des artères et de s'opposer à l'hémorrhagie du pédicule si elle survenait, sans déranger beaucoup le pansement (3).

d) Pour obvier à tous ces inconvenients, Boinet inventa un clamp spécial qu'il présenta à l'Académie (4), que je n'ai trouvé figuré ni bien décrit nulle part, mais dont le principe consiste à comprimer suffisamment le pédicule et pendant le temps nécessaire pour l'achèvement de l'opération : alors on traverse et lie le pédicule par moitié avec un fil de soie en dessous du clamp : une autre ligature est portée ensuite sur tout le pédicule en dessous des deux premières ; on enlève alors le clamp après excision de toutes les parties sises au-dessus de lui : les ligatures sont placées dans l'angle inférieur de la plaie et le pédicule y est également maintenu par une épingle qui le traverse après avoir servi à la suture.

Comme on le voit, c'est, à peu de chose près, le procédé de Spencer Wells d'écrit plus haut.

(1) JOTTRAND, *loc. cit.*
(2) *The med. Times and Gaz.*, 13 décembre 1862, p. 646.
(3) *Loc. cit.*, sixième observation, p. 114.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1862. — *Malad. des ovaires*, p. 418.

Péan, dans un cas de sa pratique (1), maintint solidement le pédicule en dehors du clamp par deux longues aiguilles de fer (pl. XV, fig. 1) : l'aiguille lancéolée, ou fer de lance de Stilling, Martin ou Labbé, eut pu également être appliquée.

e) L'instrument a été diversement modifié pour parer à ses inconvénients principaux : poids, volume qui empêche de surveiller convenablement la plaie déjà même pendant l'opération et gêne la réunion et la suture par sa présence au-devant de l'incision.

C'est ainsi que nous pouvons citer :

1° Le *clamp de Merzejewsky* (pl. XIV, fig. 1), qui a la prétention de rémédier aux défauts du Clamp de Baker-Brown (pl. XIV, fig. 3), dont le principal est de ne pas être applicable dans les cas où le pédicule est très-court et a moins de 2 centimètres (2).

Dans ce clamp, qui est en acier, la branche *g a h* est courbée sous angle droit et fixée dans la poignée au moyen de la vis *g* et d'une plaque mobile *b* rivée sur la tige *c*. Au moyen de cette dernière, la surface rugueuse de la plaque *b* peut être poussée le long de la surface parallèle *h* de la branche *g a h*. Sur le point *a h* se trouve une plaque mobile *hh* en maillechort destinée à servir de support à la partie à sectionner et de point d'appui au cautère. Sur la plaque *b* se trouvent deux pignons à ressorts *e e'*. Ces pignons rentrent dans la plaque quand les deux surfaces rugueuses sont comprimées l'une contre l'autre et que le clamp est fermé, et ressortent de nouveau quand l'instrument est relâché. Ils servent à retenir les tissus saisis au moment du relâchement du clamp. Les parties *g a h* et *b* peuvent être détachées et remplacées par d'autres de dimensions plus petites (pl. XIV, fig. 2).

2° La *pince serre-pédicule de Mathieu* (pl. XVI, fig. 1), qui permet de ramasser le pédicule dans un espace qui au fur et à mesure que l'on comprime devient toujours de plus en plus petit en se rapprochant de la forme circulaire et n'étale pas en long le pédicule ainsi que le fait le constricteur anglais.

(1) *Loc. cit.*, 2e édit., p. 51.
(2) Krassowsky, *loc. cit.*, p. 12.

Dans un second modèle (pl. XVI, fig. 2), la pièce *A* étant mobile, le pédicule se trouve ramassé et également comprimé en tous sens. Au moyen de la vis *D*, on fixe l'instrument lorsqu'il comprime suffisamment sur la branche qui traverse la mortaise de la branche *C*. En appuyant sur les cliquets *BB*, on enlève les branches qui sont articulées et on ne laisse en place que la partie triangulaire qui comprime le pédicule.

3° *Le constricteur à chaîne métallique de Charrière*, qui presse par l'action du treuil ou de la vis.

La *pince à pression parallèle* du même fabricant (pl. XVII, fig. 1). L'étendue des mors est produite au moyen du censeur qui l'arrête à tous les degrés. La pression continue s'opère par l'élasticité des branches sur lesquelles l'écrou *C* agit progressivement.

4° *Le constricteur à écrasement linéaire de Mathieu* (pl. XVII, fig. 2 et 3). Lorsque le pédicule est suffisamment comprimé, on fixe la bague mobile et l'on décroche la chaîne qu'on laisse seule en place pour maintenir le pédicule.

5° *Le constricteur semi-lunaire de Kœberlé* (pl. XVIII, fig. 1 et 2). Il se compose de deux branches séparées articulées à la manière d'un forceps. Les manches de l'instrument sont serrés par la pression des doigts et sont ensuite fixés par une vis transversale. Chaque manche de l'instrument se termine par une lame courbe, étroite, dont l'extrémité offre une courbure exactement concentrique à l'articulation, et qui se superpose sur la lame opposée. Les deux lames chevauchent l'une sur l'autre à la manière des branches de ciseaux, en exerçant une constriction très-régulière, grâce à l'espace de forme circulaire qu'elles interceptent par leur concavité, jusque vers le moment de leur rapprochement complet. A chaque lame courbe est annexé un anneau métallique mobile, destiné à s'appliquer sur la paroi abdominale et à empêcher l'instrument d'être entraîné par le pédicule ovarique. La concavité de chacune des deux lames courbes présente un mord mousse. Le constricteur circulaire peut être enlevé très-facilement, grâce à la manière dont ses branches se désarticulent. Le peu de largeur des lames constringentes permet de tenir la plaie très-propre (1).

(1) KOEBERLÉ. *Opérations d'ovariotomie*, p. 57 (note).

6° *Le clamp à corde métallique de Gueride* (pl. XVII, fig. 4 et 5), employé par Péan (1).

Le constricteur de Kœberlé ou la pince serre-pédicule de Mathieu suffisent en général pour les cas de pédicule suffisamment long et grêle.

11. On a trouvé divers inconvénients au procédé du clamp. Ainsi, d'après Spencer Wells, dans le tiers des cas le flux cataménial, après la guérison, se fait par le moignon pédiculaire. C'est là un petit inconvénient dont il suffit de prévenir les malades et qui ne dure que quelques mois : il est, du reste, préférable que cet écoulement se fasse dehors plutôt que dans le ventre comme lorsque le pédicule est rentré.

S'il y a grossesse consécutive à la guérison, le développement de l'utérus est gêné, tiraillé par cette fixation du pédicule et des avortements peuvent être le résultat de cet obstacle à l'ampliation de la matrice (2). L'expérience a démontré que cette crainte est illusoire, surtout quand le pédicule ainsi fixé était suffisamment long. De nombreux exemples, puisés dans les statistiques prouvent que bien des femmes ont eu des enfants après guérison : ainsi 9 femmes opérées par Spencer Wells sont dans ce cas.

L'étranglement intestinal autour du pédicule est également peu à craindre : un seul exemple en a été rapporté par Kœberlé (3).

12. Nous croyons néanmoins que lorsque le pédicule est suffisamment long, le clamp doit être maintenu pour plus de sécurité, car il n'est pas rare qu'avec les ligatures les plus minutieusement faites, aidées de la cautérisation, on ait vu des hémorrhagies graves survenir. C'est donc au clamp qu'il faut recourir dans ce cas déterminé, qu'on l'emploie seul ou combiné avec la cautérisation ou la ligature.

13. Krassowsky suivant en cela les errements de B. Brown, coupe le pédicule au ras du clamp avec le cautère prismatique chauffé au rouge obscur (Pl. XIV, fig. 4). Si quelque vaisseau donne encore du sang, il saisit le pédicule avec une pince dont un des mors présente à sa face interne des pignons mousses empêchant les mors de se rejoindre et de

(1) *Loc. cit.*, 2e édit., p. 53.

(2) PLANTÉ (Paul. J. F. A.). *De l'ovariotomie*. Thèse de Doctorat. Paris, 1867, p. 44.

(3) BOINET. *Maladies des ovaires*, pp. 394, 395.

faire croire à un arrêt illusoire de l'hémorrhagie qui ne serait dû qu'à la compression de la pince (Pl. XIV, fig. 6). On cautérise alors le vaisseau avec un cautère à bec d'oiseau (Pl. XIV, fig. 5), puis le pédicule est rentré dans l'abdomen (1).

Cette pince à pignons remplace avantageusement celle de Nélaton lorsqu'il réclamait le moyen de régler à volonté l'étendue de la prise des mors (2).

B. PÉDICULE COURT ÉPAIS ET LARGE.

1. Il faut en ce cas rejeter le clamp qui tiraillerait, déplacerait l'utérus et amènerait des accidents de diverse nature. Le gonflement abdominal par péritonite ou tympanite, les efforts de vomissement déterminent la rétraction de pédicule et augmentent les douleurs que produit déjà le tiraillement utérin, et provoqueraient des troubles dans les viscères abdominaux.

2. Lorsque le pédicule était par trop court, Langenbeck le fixait contre la paroi interne et inférieure de l'abdomen en le traversant avec une aiguille portant les fils dont le pédicule est entouré (3).

3. Si le pédicule a une longueur qui le permette, on le fixe dans la plaie. ou le plus près possible de la plaie, par une longue aiguille courbe ou sur une tige de fer ou d'argent flexible qui traverse en même temps le pédicule et les parois abdominales où elle est comprise dans la suture entortillée.

D'après Boinet (4) cette aiguille remplace avantageusement le clamp..

Liégeois (5) après avoir traversé les parois abdominales et le pédicule avec une longue aiguille flexible, place immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule deux épingles qui, comprises ainsi que l'aiguille du pédicule dans la suture, compriment et fixent la tige ovarique dans l'angle inférieur de la plaie.

4. Si le pédicule est par trop court, il vaut mieux le laisser des-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 735 (LEFORT) et in KRASSOWSKY, *loc. cit.*
(2) NÉLATON. *Kyste multiloculaire*, etc. *Bulletin*, etc., p. 405.
(3) J. WORMS, *loc. cit.*
(4) *Maladies des ovaires*, p. 395.
(5) *Gazette des hôpitaux*. Disc. BOINET, 1868, p. 562.

cendre dans l'abdomen en maintenant les fils de la ligature dans la plaie (1). Avant l'ablation de la tumeur, Spencer Wells lie le pédicule en deux ou trois portions, puis combine l'écrasement avec la cautérisation pour le sectionner et retient ensuite les ligatures dans l'angle de la plaie. Dans ces cas l'ovariotomiste anglais donne la préférence aux fils de soie sur les sutures métalliques (2).

Pour prévenir le retrait des ligatures dans le ventre, on est dans l'habitude d'employer un *director* quelconque à surface convexe tournée vers l'abdomen et passé à travers les ligatures de façon à être serré par elles à angle droit par rapport à la plaie. Des bandelettes agglutinatives ne suffisent pas à elles seules et exposent à des inconvénients graves.

Péan fait usage du clamp *Guéride* (Pl. XVII, fig. 4 et 5) pour remplir cette indication.

Depuis 1866, Kœberlé se sert d'un serre-nœud très-avantageux qui fonctionne d'après le mécanisme du serre-nœud d'Ant. Dubois, au moyen d'une vis contenue dans une gaîne, entraînant par son mouvement de rotation l'écrou auquel se trouve fixée l'anse du fil de fer (Pl. XV, fig. 2 et 3). La longueur totale de l'instrument est de 0m10 à 0m15. La longueur de la vis est de 6 centim. L'extrémité inférieure de l'instrument offre un orifice élargi transversalement pour le passage de l'anse métallique. Les bords latéraux de cet orifice sont courbes de manière à se prêter à la courbure de l'anse du fil auquel ils servent de surface de réflexion, et pour empêcher sa section au moment de la constriction, ce qui résulte des instruments analogues dont les deux ou l'un des côtés de l'orifice sont parallèles à l'axe de traction. L'écrou doit jouer très-librement dans la gaîne. La vis se serre au moyen d'une clef. La largeur de l'extrémité inférieure de l'instrument est de 10, 15 et 20 millimètres (3).

On peut en employer plusieurs si besoin en est. Kœberlé préfère dans ce cas, les ligatures métalliques aux simples ligatures de soie ou de

(1) Negroni, *loc. cit.*, p. 19. — Courty, *loc. cit*, p. 973.
(2) Boinet. *Maladies des ovaires*, p. 395.
(3) *Opérations d'ovariotomie*, p. 42 (note).

chanvre, parce que la constriction est graduée à volonté et permet d'obtenir un engourdissement immédiat des nerfs ovariques, la mortification complète du moignon et chute plus rapide de la ligature. On prend un double fil de fer mince, bien flexible et bien recuit (1). Sp. Wells a recours également au serre-nœud pour fixer le pédicule (2).

La ligature supplémentaire en fil de soie que Kœberlé a l'habitude de placer immédiatement au-dessus du fil de fer après que celui-ci est entièrement serré, permet à la rigueur de se débarrasser tout de suite, au moment de l'opération, du fil de fer et du serre-nœud : le pédicule est retenu en rapport constant avec l'angle inférieur de la plaie par une ou deux tiges d'acier qui embrochent le pédicule transversalement au-dessus de la ligature à travers les parties qui sont mortifiées.

La nature du fil est indifférente : le moins sujet à se rompre est le meilleur. Kœberlé ne se sert guère que du fil de soie de Chine (3).

Ce serre-nœud très-léger, très-petit, peu gênant, applicable là où le clamp ne l'est pas (pédicule court, paroi abdominale épaisse), opère une constriction plus parfaite et peut facilement être enlevé (4).

Dans un cas d'ovariotomie double, dans le but de placer les pédicules dans des conditions favorables d'exploration et de fixation, Kœberlé construisit (pl. XIX, fig. 1) avec deux lames de plomb de 2 millimètres d'épaisseur une sorte de speculum bivalve pour maintenir un écartement infundibuliforme de la partie inférieure de l'incision. Le pédicule et le serre-nœud furent placés au centre de l'appareil. Chacune des lames était formée d'une portion horizontale appliquée sur la peau et d'une portion perpendiculaire en forme de gouttière à concavité interne de 4 centimètres de long, égale à l'épaisseur de la paroi abdominale dont la graisse se laissait déprimer par le poids de l'instrument (350 grammes). On les introduit séparément dans la plaie et on peut les maintenir écartées par deux tiges transversales fixées par un mécanisme très-simple. Les lames

(1) *Operations d'ovariotomie*, p. 109.
(2) Société obstétric. de Londres. Mars, 1862.
(3) Obs. XLII. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 251.
(4) KOEBERLÉ. Obs. XLIX. — *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 347.

garantissent ainsi la plaie, isolent les pédicules et facilitent le pansement et les soins de propreté (1).

Péan, dans un appareil analogue qu'il crut devoir établir dans son opération IVe, pour assurer la solidité du moignon, outre l'application de deux clamps Guéride, traversa le moignon par deux tiges métalliques prenant de chaque côté un point d'appui sur les lames de plomb (pl. XVII, fig. 6) (2).

5. Dans une de ses opérations d'ovariotomie (3) Spencer Wells parvint à passer les bouts des ligatures dans le canal inguinal et à les placer à côté du ligament rond, la plaie abdominale pût ainsi être fermée complètement.

6. Dans une autre occasion, les bouts des ligatures furent coupés près du nœud et le tout abandonné dans l'abdomen. Ce procédé a tous les inconvénients que nous avons déjà signalés : on ne peut y recourir que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Dans sa 69e observation (4), Kœberlé, pour mener son opération à bonne fin, dut recourir à des ligatures perdues et à la cautérisation au fer rouge du pédicule des deux ovaires enlevés.

Se borner, comme on l'a conseillé, à écraser le pédicule avec l'instrument de Chassaignac et l'abandonner ensuite dans l'abdomen, c'est s'exposer à des hémorrhagies consécutives presque fatales.

7. Dans un cas où la base d'implantation était tellement large et épaisse qu'elle ne constituait réellement plus un pédicule, Péan, dans l'impossibilité de l'étreindre dans un clamp ordinaire, passa, à l'aide d'instruments de son invention (pl. XV, fig. 5 et 6), un double lien en corde de chanvre à travers la partie du kyste par laquelle il s'implantait sur l'utérus et étreignit solidement cette base à l'aide de deux anses qui, accolées et nouées séparément, interrompirent la circulation de la tumeur : celle-ci fut excisée à un centimètre plus haut. Ces deux anses servirent à attirer au

(1) Kœberlé. *Operations d'ovariotomie*, pp. 27 et 28. — Obs. V., p. 72.

(2) Péan. *Loc. cit.*, 2e édition, p. 34.

(3) Boinet. *Maladies des ovaires*, p. 395.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1869, n° 20.

contact de la paroi abdominale la matrice et à placer dans l'angle inférieur de la plaie la surface de section du moignon sur lequel il appliqua, au-dessus de la ligature, un double clamp de Guéride qui permit d'étreindre le tissu utérin lui-même en arrière des points d'implantation de la tumeur (1).

8. On peut également, comme nous avons vu que le conseillait déjà Stilling, allonger artificiellement le pédicule en taillant un moignon dans le kyste. En pareil cas, Kœberlé recommande (2) de placer une seconde ligature au-dessus de la première sur le kyste même, pour empêcher tout épanchement du liquide kystique au moment de la suture.

9. Labbé, pour arriver au même but, en attirant le kyste en-dehors, le fend de bas en haut à partir de l'ouverture du trocart, renverse les deux moitiés à droite et à gauche en forme de gouttière et s'oppose ainsi au passage du liquide dans la cavité péritonéale (3).

10. L'acupressure de Simpson, conseillée dans le cas de pédicule bref a besoin de la consécration de l'expérience. A priori, elle doit exposer aux dangers des ligatures insuffisantes (4).

(1) *Loc. cit.*, p. 52.

(2) *Opérations d'ovariotomie*, observation IV, p. 55.

(3) Delstanche, *loc. cit.*, p. 410.

(4) Courty. *Maladies de l'utérus*, p. 973. — Boinet *Maladies des ovaires*, p. 595. Sous le titre : *Ovariotomie suivie de guérison par réunion immédiate sans emploi du clamp*, on peut lire, dans le *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1870, p. 497, l'étrange récit qui suit :

« Après avoir, par une nouvelle ponction, vidé l'abdomen (il y avait complication d'ascite), et fait apprécier l'existence d'une *tumeur ovarique* par mon confrère, je fis à la paroi hypogastrique un large pli transversal qu'il fixa d'un côté, tandis que je le tenais de l'autre; je traversai la base de ce pli avec un bistouri et je l'incisai d'un seul coup d'arrière en avant sur la ligne médiane. Il s'écoula très-peu de sang. J'introduisis alors la main dans l'abdomen et j'en fis sortir une tumeur de forme cylindroïde, longue de 20 centimètres sur 10 de largeur. Elle se composait d'un grand nombre de kystes contenant une matière albumineuse et limpide.

Le pédicule étant aussi épais que le diamètre transversal de la tumeur, je séparai celle-ci en déchirant la membrane séreuse avec les ongles, séparation qui ne donna lieu à aucune hémorrhagie.

Après avoir bien épongé tous les liquides et m'être assuré qu'il n'y avait aucun écoulement de sang, je réunis hermétiquement les bords de la plaie à l'aide de cinq points de suture.

La réunion se fit par première intention. Il y eut à peine un petit mouvement fébrile pendant les trois premiers jours, et le 14 mai, dix jours après l'opération, la malade était sur pied et mangeait à table. » Heureux opérateur ! mais surtout heureuse malade !

C. BASE D'IMPLANTATION TRÈS-ÉTENDUE.

1. ***Procédé de Péan : Morcellement du pédicule.*** Dans l'observation VII de ce chirurgien (1), la base d'implantation de la tumeur était tellement courte et large, qu'elle recouvrait une partie de la face antérieure de l'utérus et le sommet de la vessie en comprenant toute l'épaisseur du ligament large. L'impossibilité d'étreindre cette implantation dure, fibreuse et très-étendue dans un clamp pour l'attirer au dehors, suggéra à l'opérateur l'idée de diviser la tumeur en plusieurs morceaux, de disposer, au préalable, des liens de façon à prévenir l'hémorrhagie, de comprimer ces diverses parties à l'aide d'un clamp spécial construit en vue de produire une section linéaire (pl. XIV, fig. 8) et de les détruire par la cautérisation. Il éteignit de cette façon plus de soixante cautères pour arriver à détruire la masse formée par la base de la tumeur au niveau de son implantation. On dut prendre toutes les précautions possibles pour éviter le rayonnement de la chaleur sur les organes voisins et surtout les intestins qui ont une tendance continuelle à sortir. Quelques ligatures métalliques furent nécessitées par les vaisseaux les plus importants. La guérison eut lieu sans autres phénomènes consécutifs que de la cystite.

2. Dans un cas où la tumeur était adhérente par une base aussi large que son diamètre à la vessie, à l'utérus, au rectum et à toute l'étendue du péritoine qui tapissait la partie droite du bassin jusqu'au voisinage du détroit supérieur du côté correspondant et était évidemment nourrie par toute la partie adhérente au moyen de vaisseaux volumineux dont la section aurait nécessité des ligatures innombrables qu'on aurait dû abandonner dans le bassin, Péan se décida à inciser le kyste, à le vider aussi complètement que possible (kyste fœtal), puis au moyen d'écraseurs courbés sur le plat (pl. XVI, fig. 3 et 4), en allant successivement de l'intérieur vers l'extérieur du kyste et en ayant soin de n'intéresser que lui, il saisit des parties plus ou moins étendues de la paroi et put ainsi, tout en pro-

(1) *Loc. cit.*, p. 84. — *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 214. — Académie impériale de médecine, 5 mai 1868

tégeant le tissu sain, écraser d'abord, sectionner et cautériser ensuite toutes les parties du kyste alimentées par les nombreux vaisseaux contenus dans ces adhérences, sans qu'il fût besoin de laisser dans la cavité pelvienne plus de trois à quatre ligatures métalliques portées au moyen du *ligateur automatique du docteur Cintrat* (pl. XVIII, fig. 3, 4, 5).

La femme avait repris ses occupations deux mois et demi après l'opération (1).

3. Kœberlé dans son ovariotomie III[e] (2), trouva la tumeur confondue d'une manière tellement intime et indistincte avec l'utérus allongé et aplati sur le kyste, qu'on ne pouvait soupçonner sa présence que par le voisinage du col que l'on sentait à travers l'épaisseur des tissus. De plus l'ovaire droit fut reconnu dégénéré en une tumeur kystique de la grosseur d'un petit œuf et confondu également avec l'utérus, le rectum et les parties latérales de l'excavation pelvienne. — Il prit le parti d'embrasser par une anse de fil de fer la base de l'ovaire gauche et de l'étreindre fortement au moyen d'un serre-nœud, abandonnant à lui-même l'ovaire droit qu'il était impossible de séparer. — La moitié supérieure de la tumeur fut ensuite réunie au moyen de trois sutures métalliques profondes placées à 3 centimètres environ de distance les unes des autres : quatre points de suture entortillée servirent à réunir la peau. Le kyste fut traversé par deux tiges d'acier pour le maintenir vers l'extérieur; une portion qui pendait en dehors sur l'abdomen, fut excisée : la femme guérit.

4. Comme on le voit, le chirurgien se trouve autorisé par de tels succès à poursuivre l'opération, alors qu'on était quasi généralement d'accord de l'abandonner, c'est-à-dire, quand des adhérences solides existent avec l'estomac, le foie, la rate, les intestins, de même quand il y a insertion de la tumeur sur le fond de l'utérus ou brièveté, ou encore absence de pédicule (3).

(1) Péan, *loc. cit.*, deuxième édition, pp. 65 à 68 et 72. — *Gazette des hôpitaux*, 1868 1869, n° 15. — *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, même année.
(2) *Opérations d'ovariotomie*, p. 41.
(3) J. Worms, *loc. cit.*

5. Le but que nous nous sommes proposé dans ce travail ne comporte pas l'examen des procédés opératoires et des résultats obtenus dans l'ablation de l'utérus à laquelle on peut se résoudre en certaines circonstances comme par exemple, lorsque les annexes sont confondus avec lui. — Les expériences de Spiegelberg et de Waldeyer faites sur des chiens (1) ont démontré que l'ablation de la matrice n'a jamais amené la gangrène du pédicule entouré par la ligature et abandonné dans l'abdomen. Heath, Clay, de Manchester, Atlee, Burham, Kimball, en Amérique, Kœberlé et Péan, en France, ont prouvé par des succès suffisamment nombreux, que dans la voie ouverte par l'ovariotomie, la chirurgie moderne peut encore reculer ses limites (2)

Sixième temps. — Examen et nettoyage des cavités abdominale et pelvienne.

1. Les lèvres de la plaie sont maintenues écartées et tendues pour examiner l'autre ovaire : si on le trouve malade, on l'attire au dehors, on comprime son pédicule et on l'enlève. — Peaslee (3) trouva dans une de ses ovariotomies un kyste gros comme un œuf de poule sur l'ovaire opposé : l'organe était d'ailleurs malade tout entier : il passa une double ligature à travers le ligament large : l'ovaire fut enlevé et sa ligature portée au dehors. — B. Brown, Sp. Wells, Kœberlé, etc., ont vu de ces cas.

2. On examine ensuite soigneusement s'il n'y a pas d'hémorrhagie à l'endroit des adhérences divisées : si un vaisseau donne, on le tord ou on le comprime par une aiguille dont on le traverse.

3. On peut alors comme l'a dit si heureusement J. Worms, procéder à la *toilette du péritoine*. — On enlève tous les liquides avec des éponges molles, trempées dans de l'eau à 96° Fahrenheit et traitées, comme nous l'avons vu déjà, par certaines solutions, pour les priver de toute impureté.

(1) *Centralbl. für medic. Wissensch.*, 1867, n° 39.

(2) COURTY, dans son bel ouvrage sur les maladies de l'utérus, donne une statistique complète de ces faits (pp. 979 à 982).

(3) LABALBARY, *loc. cit.*, p. 72.

Des éponges douces et fines sont préférables à la flanelle qui abandonne facilement quelques parcelles de son tissu (1).

4. Kœberlé trouve qu'une mince couche de sang est très-utile à la surface du péritoine pour agglutiner les anses intestinales entre elles et établir ainsi des adhérences provisoires : c'est pour arriver à ce résultat qu'il se contente d'exprimer simplement sans la laver, l'éponge qui lui sert à nettoyer la cavité péritonéale (2).

Bryant, combattu en cela par Wells et B. Brown, croit qu'on peut sans grand danger laisser le sang ou le liquide kystique dans la cavité abdominale : il compare les phénomènes subséquents à ceux que l'on observerait si du sang est épanché dans les grandes cavités séreuses et les articulations : il appuie sa manière de voir par les heureux résultats qu'il a obtenus à l'hôpital Guy. — S. Wells ne fait de réserve que pour les liquides de nature ascitique ou simplement séreux ; mais le sang et le liquide de nature gélatineuse doivent être soigneusement enlevés (3).

5. Maisonneuve (4), préoccupé de la stagnation et de la décomposition des liquides dans le ventre qui produisent d'après lui un empoisonnement mortel, avait pris pour système d'irriter le péritoine par le frottement, à l'effet de changer la nature de ses sécrétions et d'albumineuses facilement putrescibles, de les rendre fibrineuses organisables. — Il ne fut pas plus heureux là que dans beaucoup d'autres de ses méthodes aventureuses.

6. Ce temps de l'opération paraît d'une telle importance à Serres d'Alais, qu'il recommande de le laisser faire par un aide, un autre chirurgien qui n'a pas subi la fatigue de l'opération (5).

7. C'est sans doute à la fatigue d'une ovariotomie un peu longue qu'il faut attribuer cette distraction extraordinaire d'un chirurgien d'un hôpital de Vienne, qui, après une opération pratiquée convenablement devant un

(1) Société obstétricale de Londres, 8 mars 1862.
(2) *Opérations d'ovariotomie*, p. 108, note.
(3) *Med. Times*, 1864.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1866, n° 143.
(5) Académie impériale de chirurgie, 2 janvier 1867. — *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 59.

grand nombre d'élèves, oublia une grosse éponge dans la cavité abdominale : la malade mourut le lendemain avec les symptômes de l'entéro-péritonite : l'autopsie en démontra la cause probablement unique dans les annales de la chirurgie (1).

Septième temps. — Fermeture du ventre.

1. Lorsque les intestins s'échappent, on les remet en place doucement, sans les froisser, en les recouvrant de flanelle imbibée d'eau chaude pour éviter leur refroidissement et celui de l'épiploon (2) : nous avons vu déjà que Labbé se servait pour ce refoulement du dos d'une cuiller (3). — Ce qu'il faut surtout éviter soigneusement c'est de pincer dans la plaie une anse intestinale comme cela est arrivé à Labbé par la traction d'un fil de ligature (4).

2. On maintient ensuite le clamp avec le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie. Labbé le fixe lui, dans le tiers inférieur de l'incision abdominale (5).

3. Avant de procéder à la suture, il faut bien s'assurer qu'il n'existe plus aucun suintement de sang. Si malgré tout il y en a, ou qu'on le craigne, il faut laisser dans l'angle inférieur de la plaie ou dans le cul-de-sac utéro-vaginal, des canules, sondes ou drains pour déverser le liquide soit par l'angle inférieur de la plaie, soit par le vagin.

a) Boinet, à cet effet, faisait d'abord usage d'un drain en caoutchouc (6), mais il a aujourd'hui complètement renoncé à ce moyen évacuateur de la sérosité ou de tout autre épanchement qui pourrait se former : il le considère comme un procédé mauvais et souvent dangereux. En contact con-

(1) *Ippocratico*, anno XXXII, 1869. p. 336. — *Scalpel de Liége*, n° 2, vingt-deuxième année, juillet 1869.

(2) Boinet. *Maladies des ovaires*, p. 396. — Courty. *Maladies de l'utérus*, p. 973.

(3) Nardou-Durosier. Thèse citée, p. 12.

(4) *Ibid.*, p. 65.

(5) *Ibid.*, p. 13.

(6) *Maladies des ovaires*, p. 388.

tinuel avec le péritoine et les organes du petit bassin, les drains, tubes ou canules les enflamment, les font suppurer et en outre laissent pénétrer de l'air dans la cavité abdominale d'où péritonite par décomposition des liquides. Il ne conseille aujourd'hui le placement d'un tube dans l'angle inférieur de la plaie que si du pus ou de la sérosité purulente s'était formée dans le fond du petit bassin ou dans les environs du pédicule ; si ces liquides s'écoulent seuls le long du pédicule sur la partie inférieure de la plaie, il préfère les laisser s'écouler ainsi que de placer une sonde à demeure dans le ventre. C'est aussi la pratique de Stilling (1).

Fermer aussi complètement que possible l'incision abdominale en ne laissant ni sang ni liquide dans la cavité abdominale, employer le moins de ligatures possibles, sont pour Boinet les conditions qui donnent le plus de garanties pour le succès (2).

b) Tyler Smith se servait d'une sonde d'argent, courbe comme celle qu'on emploie après la fistule vésico-vaginale et munie d'un long tube évacuateur en caoutchouc (3).

c) Kœberlé, qui avait d'abord employé les tubes en caoutchouc (4), les remplaça par des tubes de verre dans sa XVe ovariotomie : il y attache une grande importance : il obtient ainsi l'évacuation complète de la sérosité sanguinolente qui s'amasse dans le bassin pendant les premiers jours et forme ordinairement le foyer d'une péritonite ou d'une collection purulente consécutive. Les liquides s'écoulent par les tubes ou sont extraits par aspiration (5).

Labbé imite cette pratique et emploie des tubes de verre à extrémités mousses et à trous latéraux (6).

Péan (7) trouve, comme Boinet aujourd'hui, qu'il y a de grands dangers dans le séjour de ces tubes de verre dans la cavité péritonéale : chez une

(1) Treizième ovariotomie. *Deutsch. Klin.*, 1868, p. 28.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 476.
(3) Courty. *Excursion en Angleterre*. etc., p. 522.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 779.
(5) *Gazette des hôpitaux*, 1866, n° 115, p. 454.
(6) Ovariotomie du 23 juin 1868. — Nardou-Durosier. Thèse citée, p. 20.
(7) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 214. — Académie impériale de Paris 1868, séance du 5 mai.

de ses opérées il attribua à ces corps étrangers le point de départ d'une péritonite suppurée qui a été *exactement circonscrite autour du tube*. Or, c'est précisément cette particularité que Kœberlé invoque pour établir leur innocuité ou plutôt leur avantage, en ce sens qu'ils localisent l'inflammation. Au reste, Péan n'hésite pas dans certaines circonstances à utiliser les tubes de Kœberlé, ainsi qu'il résulte de son propre aveu (1).

Le docteur Regnault, de Rennes, dans une ovariotomie faite avec succès le 20 mai 1868, croit devoir en attribuer le mérite à cette circonstance qu'il s'est abstenu de laisser à la paroi abdominale une ouverture pour l'écoulement des liquides (2). — Il rejette donc les tubes de verre comme laissant la plaie abdominale ouverte à l'air extérieur, d'où : putridité, décomposition des liquides épanchés : toutes les fois, d'après lui, que l'ovariotomie n'aura pas été trop laborieuse, que les adhérences modérément étendues auront pu être détruites sans hémorrhagie grave, par arrachement ou section au serre-nœud, que le péritoine aura pu être nettoyé complètement, il est avantageux de réunir exactement. — L'ouverture permanente et les tubes seront réservés aux cas où l'on prévoit un épanchement intra-péritonéal assez considérable, ce qui doit être rare quand la toilette du péritoine a été soigneusement faite : n'abusez pas de la patience du péritoine, recommande-t-il. — Chez une de ses opérées, des accidents inflammatoires se développèrent et des abcès considérables se firent jour ou durent être ouverts : le pus fut de bonne nature, sans fétidité : il se demande s'il en eut été de même s'il y avait eu communication permanente avec l'abdomen (3).

Nous croyons avec Boinet que ce n'est pas une pratique à généraliser, mais qu'elle rend néanmoins de grands services, alors que ses indications sont nettement précisées ainsi que nous venons d'ailleurs de l'entendre par Regnault.

4. ***Suture***. — Les ovariotomistes sont divisés sur le point de savoir si dans la suture on doit ou non comprendre le péritoine : aujourd'hui

(1) Académie impériale de médecine. Séance du 7 décembre 1869 in *Gaz. des hôp* 1869, p. 567.

(2) *Journal de médecine et de chir. pratiques*, 1868, art. 7614.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 298.

cependant on est généralement d'accord qu'il faut suturer la séreuse comme le reste des tissus divisés.

Sp. Wells (1) et avec lui Tyler Smith, Simpson, Keith, Butcher, Stilling, Nélaton (2), Boinet, Courty, Desgranges (3), Labbé (4), Maisonneuve, Joüon (5), Huguier (6), etc., comprennent le péritoine dans la suture, dans la crainte que les bords de la séreuse ne se réunissent aux organes abdominaux, à l'épiploon, aux intestins ou aux bords de l'incision pour former brides et donner lieu à des étranglements : d'un autre côté ses bords désunis peuvent donner lieu à des éventrations comme Serre, d'Alais (7), en a vu deux cas malgré qu'il eut réuni le péritoine, tandis que B. Brown, Lane, Clay, Langenbeck (8), Krassowsky, Kœberlé, Parisse (9), Letenneur, de Nantes (10), etc., qui ne le réunissent pas, n'en ont jamais vu.

Clay va plus loin : dans une lettre qu'il écrivit à B. Brown (11) il prétend qu'en traversant le péritoine, on augmente les chances de mortalité des opérées et que dans tous les cas il n'y trouve aucun avantage.

a) En procédant comme Spencer Wells, en même temps qu'on adosse le péritoine à lui-même, on renverse sa surface externe sur la surface saignante de la plaie des parois de façon à fermer les jours ouverts soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit même dans les gaînes des muscles droits : la séreuse sert donc de trait d'union à toute la profondeur de la plaie : à la surface la peau s'unit à elle-même. Quelques heures après l'opération l'abdomen se trouve déjà fermé par une adhérence simple et définitive qui ne peut plus que

(1) Voir BOINET *Maladies des ovaires*, p. 399. — COURTY. *Maladies de l'utérus*. p. 974.
(2) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 410.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 384.
(4) DELSTANCHE, *loc. cit.*, p. 410.
(5) Société impériale de chirurgie de Paris. Séance du 24 novembre 1869.
(6) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 563. Société impériale de chirurgie. Séance du 17 nov. 1869.
(7) Société impériale de chirurgie. Séance du 2 janvier 1867. — *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 59.
(8) J. WORMS, *loc. cit.* NARDOU-DUROSIER, *loc. cit.*, p. 127.
(9) NARDOU-DUROSIER, *loc. cit.*, p. 32.
(10) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 563.
(11) LABALBARY, *loc. cit.*, p. 69.

s'affermir et qui empêche l'entrée du pus ou des autres sécrétions dans la cavité abdominale.

Chez la malade que Boinet opérait pour la seconde fois, le péritoine, examiné avec soin dans tous les points où il avait été incisé (27 centimètres d'étendue) la première fois, n'était le siége d'aucune lésion, d'aucun relief ou dépression : il était si parfaitement soudé qu'il était impossible de retrouver la moindre trace de cette longue incision qui ne remontait qu'à dix mois et quelques jours : il n'y avait ni brides ni adhérences avec les organes abdominaux ou le nouveau kyste, au niveau de cette incision (1).

Les quatre ou cinq épingles qui traversent la séreuse n'ont rien de dangereux ainsi que le prouve l'observation et surtout quand on a le soin de les recouvrir d'une couche inoxydable. On s'exagérait donc le danger du contact des fils métalliques avec l'intestin et l'épiploon comme cause de péritonite, comme aussi des fusées purulentes le long du trajet de ces fils lorsque des adhérences ne se forment pas assez tôt autour de la partie qui se trouve dans la cavité abdominale (2).

On ne laisse séjourner les fils que le temps nécessaire à la réunion.

b) Dans la suture de Kœberlé, au contraire, dans laquelle on évite soigneusement d'intéresser la séreuse, outre les inconvénients signalés plus haut par Spencer Wells, le péritoine en vertu de son élasticité s'écarte et laisse du côté de l'abdomen une surface qui doit se transformer : elle s'organise ou par un travail d'adhérence avec l'épiploon et les intestins, ou par une suppuration, mais toujours par des phases compliquées pendant lesquelles l'organisme court de grands risques (3).

3. ***Procédés pour la suture.*** — **A.** ***Suture de Spencer Wells*** (4). *a*) La partie supérieure de la plaie est fermée par des épingles dorées comme celles du bec de lièvre : elles comprennent toute l'épaisseur des lèvres de l'incision et sont placées à un travers de doigt les unes des autres. Elles

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 436.
(2) PLANTÉ. Thèse citée, p. 25.
(3) GAYET. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 486.
(4) JOTTRAND, *loc. cit.*, p. 222 et note. *Ibid.*, — Société obstétricale de Londres, 8 mars 1862. — *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 206.

perforent la peau à un doigt et le péritoine à 1/2 doigt des lèvres de la plaie : par là le péritoine de l'un des bords correspond à celui de l'autre : elles sont ensuite réunies par des 8 de chiffre avec du fort fil ordinaire.

b) *Suture à plans superposés.* D'autres fois l'ovariotomiste anglais a recours à un autre moyen d'union : il emploie la suture entrecoupée avec un fil de métal ou de soie. Pour chaque suture, un long fil de soie est passé dans deux fortes aiguilles : chacune des lèvres de la plaie est traversée de dedans en dehors par une des deux aiguilles de façon à percer le péritoine à 1/2 travers de doigt et la peau à un travers de doigt de la plaie : on serre fortement les chefs sur la ligne de réunion. Un intervalle d'un pouce (2 centim.) est laissé entre les sutures profondes et l'on pose entre elles, vers le milieu de la distance qui les sépare, de petites sutures entrecroisées, superficielles, ne comprenant que la peau. La dernière suture profonde passe tout près du clamp de manière à retenir le pédicule sans le traverser.

c) Boinet passe ses épingles à suture à 1 centimètre dans la peau et à 1/4 de centimètre dans le péritoine. Chacun des angles de la plaie est réuni par un fil métallique ne comprenant dans son anse que les parties superficielles de la paroi abdominale.

d) Labbé emploie des fils métalliques, et arrivé à l'angle inférieur de la plaie, occupée comme nous l'avons déjà dit, par l'enveloppe kystique fendue et disposée en gouttière, il renverse celle-ci de bas en haut sur la partie suturée et termine par deux derniers points métalliques (1). Quand il y a une grande épaisseur de parois abdominales, il réunit le péritoine à la peau par des sutures métalliques, de manière que le péritoine divisé soit accolé à lui-même (2) : il fixe, nous l'avons déjà dit, le pédicule dans le tiers inférieur de l'incision.

e) Stilling emploie la suture entortillée et englobe le pédicule de la tumeur dans l'angle inférieur de la plaie (3).

f) Desgranges se sert des longues épingles dorées de Spencer Wells

(1) Delstanche, *loc. cit.*, p. 411.
(2) Troisième ovariotomie de Labbé in Nardou-Durosier, thèse citée, p. 26.
(3) *Loc. cit.*, pp. 73, 74.

pour faire la suture entortillée et se contente, dans la suture superficielle, de deux points de suture entrecoupée pour réunir les parties superficielles de la plaie au-dessus du pédicule (1).

g) Péan (2) passe six points de suture en fil métallique dans la paroi abdominale à une grande distance des lèvres de la plaie, embrasse une portion du péritoine pariétal et noue les fils sur la ligne de réunion : c'est donc une *suture à anse et à points passés :* dans l'intervalle de ces points de suture, les parties de la plaie qui se trouvent béantes sont fermées à l'aide d'épingles et de la suture entortillée : une pince spéciale (Pl. XVII, fig. 11) lui sert à tirer sur les cordes métalliques et à les couper au besoin.

h) Butcher (3), qui a recours à la suture interrompue, se sert de fils de lin pour la suture profonde et de fils d'argent pour la superficielle : les épingles dont il se sert sont taillées triangulairement à leur pointe et émoussées à leur autre extrémité : elles sont réunies comme dans le bec-de-lièvre par des 8 de chiffre : un nœud est formé après chaque épingle avant de passer à la voisine.

i) Tyler Smith employait des fils d'argent : les uns comprenaient le péritoine et les autres la peau seulement (4); Simpson des fils de fer qu'il laissait pour ainsi dire indéfiniment dans la plaie (5). — L'un et l'autre opéraient, comme Sp. Wells, la suture à points passés et à plans superposés.

B. *Suture profonde enchevillée de Kœberlé.* — *a*) Kœberlé fait pénétrer son aiguille à une distance de la plaie qui varie avec l'épaisseur des tissus à traverser : il la passe obliquement à travers la peau et les muscles, etc., jusqu'à l'angle que fait la plaie avec la surface péritonéale : puis à l'autre bord, partant de l'angle correspondant sous une même obliquité, il remonte à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal, les tissus

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 584.
(2) *Loc. cit.*, deuxième édition, p. 31.
(3) *Loc. cit.*, p. 30.
(4) COURTY. *Excursion*, etc.
(5) *Ibid.*, *Maladies de l'utérus*, p. 974.

fibreux, musculaire et cutané. L'aiguille porte deux fils de soie et ces fils une fois fixés de chaque côté sur un morceau de sonde en gomme élastique, la suture est terminée : il en faut ordinairement trois ou quatre. — Les morceaux de sonde empiètent les uns sur les autres, forment deux lignes parallèles également distantes de la plaie : les bords de celle-ci sont relevés et appliqués l'un contre l'autre dans toute leur hauteur, par cette pression bilatérale : ils font au-dessus de la surface abdominale une saillie plus ou moins grande suivant l'embonpoint. — *Le péritoine n'est jamais compris dans cette suture*, car son épaisseur étant presque nulle, il ne serait saisi qu'en se repliant au dehors, ce qui empêcherait la correspondance parfaite des divers tissus homologues.

Par ce procédé rien de perdu pour la réunion de toutes les surfaces cruentées : elles sont même élargies, étalées par cette sorte de glissement qui soulève les bords extérieurs ; la réunion se fait très-rapidement par le fond : la cicatrisation est très-solide et il n'y a jamais d'éventration comme lorsque le travail cicatriciel porte exclusivement sur la peau et le péritoine, celui-ci étant compris dans la suture (1). Ce sont là de réels avantages sur lesquels insistait encore récemment le docteur Tillaux, à la Société impériale de chirurgie (2), (pl. XX).

Ces sutures profondes ont encore pour effet d'empêcher un trop grand retrait de pédicule, car dans ce cas, la partie comprise dans le clamp peut être frappée de gangrène et se séparer au bout de 2 à 3 jours (3). Ces sutures profondes de Kœberlé sont ordinairement au nombre de trois (4), portent à 4, 7 et même 10 centimètres des bords de la plaie et ne traversent les aponévrôses abdominales qu'à partir de 2 centimètres des bords de l'incision. Cinq à six points de suture enchevillée réunissent ensuite les parties superficielles de l'incision et entre eux, à divers endroits, passent les fils des ligatures.

(1) Revillout, *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 593.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 563.

(3) Liégeois. Société impériale de chirurgie, 21 octobre 1868. — *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 701.

(4) *Opérations d'ovariotomie*, obs. IV, p. 56 et pp. 23, 24.

Comme on le voit, le chirurgien de Strasbourg n'a pas de moins bonnes raisons pour éliminer le péritoine de sa suture que les autres ovariotomistes n'en ont pour l'y comprendre.

b) B. Brown emploie des sutures d'argent introduites à 1 pouce environ des lèvres de l'incision à travers la paroi abdominale et espacées à peu près d'un demi-pouce, en prenant soin d'éviter le péritoine : on les passe avec un ténaculum aiguillé qui traverse les deux lèvres de l'incision, on introduit le fil d'argent dans l'œil du ténaculum, on retire l'instrument suivi par le fil et on tord aussitôt la ligature. De cette façon, il n'est pas besoin de sutures secondaires (1). Les extrémités de toutes les ligatures posées pendant l'opération sont amenées au dehors et fixées à l'abdomen par des emplâtres agglutinatifs.

Lane, qui emploie des fils de soie, les enlève du cinquième au sixième jour (2).

6. *Accessoires de la suture. a*) Nous avons vu que chaque ovariotomiste, pour ainsi dire, affectionne pour la suture une *ligature* d'une nature spéciale. Voici à ce sujet le résultat d'expériences faites par le docteur Maslowsky et qu'il a rapportées dans sa thèse inaugurale (3) :

1° Les ligatures métalliques semblent mieux supportées par les animaux que les ligatures de soie;

Les ligatures en fil de Florence étant de matière animale, produisent une réaction beaucoup plus faible que les ligatures de soie ou de métal, qu'elles soient laissées dans la cavité abdominale ou employées pour la suture (4) ;

2° Les ligatures laissées dans l'abdomen s'enveloppent bientôt de tissu cellulaire de formation récente, présentant ou un petit bourrelet solide

(1) B. Brown, *loc. cit.*, chap. V.

(2) Courty. *Excursion*, etc., p. 550.

(3) Voir Krassowsky, *loc. cit.*, p. 4 et Delstanche. *loc. cit.*, p. 115.

(4) Stilling, qui se sert aujourd'hui d'aiguilles armées de fil de chanvre, s'est assuré par des expériences sur les animaux, que quelques jours suffisent pour que le péritoine recouvre les fils de chanvre. On doit donc peu craindre de comprendre le péritoine dans la suture (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 1872, p. 495). (*Note ajoutée pendant l'impression*).

(pour les fils métalliques ou les fils de Florence) ou un petit sac rempli de pus (fil de soie);

3° La partie d'une corne de l'utérus étreinte par une ligature et laissée en contact avec les parties environnantes, ne se mortifie pas, car la nutrition persiste toujours par la canalisation des corpuscules du tissu cellulaire dans son enveloppe;

4° L'eschare du moignon d'une corne de l'utérus sectionné avec le fer rouge ne se décompose pas, mais s'isole par la formation d'une enveloppe de tissu cellulaire adhérente aux parties voisines;

5° La réunion de la plaie est plus rapide et plus complète avec les sutures profondes qu'avec les sutures superficielles.

Ces résultats s'appliquent également aux ligatures nécessitées pendant l'opération pour l'hémostâse.

Butcher avait observé (1) qu'avec les ligatures en fil de petits abcès se forment sur leur trajet, que de la lymphe plastique s'interpose entre elles et, malgré le rapprochement aussi exact que possible, devient l'occasion de gêne et d'épanchement assez considérable : avec les fils métalliques il n'a plus rien observé de tout cela.

b) ***Epingles.*** Boinet recommande (2) de ne pas couper les pointes des épingles pour ne pas déchirer le péritoine quand on les retire : il négligea plus tard cette précaution (3). Une bandelette de diachylum est passée en dessous de leur extrémité tranchante et quand on doit les retirer, on dissout le diachylum qui y adhère au moyen d'un peu d'éther : on use du même moyen pour fixer les ligatures à la paroi abdominale.

Desgranges emploie un linge cératé pour protéger les téguments contre la pression des épingles dont il sectionne les extrémités par des tenailles incisives.

Péan, pour sa suture superficielle, emploie de longues épingles à grosse tête de verre sur laquelle le doigt peut presser avec force et dont la pointe

(1) *Loc. cit.*, p. 30.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1862, 678. — *Malad. des ovaires*, p. 412.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 1868. p. 158 (*Observation d'ovariotomie*). — *Malad. des ovaires*. p. 401.

se cache dans de petits tubes de verre construits ad hoc, (pl. XVII, fig. 6, 7, 8).

c) *Aiguilles*. Selon Boinet (1), les aiguilles courbes ordinaires sont insuffisantes. Les aiguilles tubulées sont défectueuses, le fil métallique plie dans leur intérieur ou dépasse l'aiguille et empêche son entrée dans les tissus. — En 1862, Boinet fit construire par Charrière une aiguille spéciale à chas en forme d'alène. Deux de ces aiguilles enfilées d'avance d'un long fil d'argent suffisent pour passer dix à douze points de suture (2).

Krassowsky fait usage de l'*aiguille de Startine* (pl. XIV, fig. 7).

L'instrument le plus commode à tous égards pour pratiquer la suture, profonde surtout, est l'aiguille en forme de trocart de Kœberlé, avec deux chas (pl. XIX, fig. 2) : lorsque le chirurgien de Strasbourg emploie le fil métallique pour sa suture, il lui fait donner une épaisseur de 0,mm3.

ARTICLE CINQUIÈME. — PANSEMENT.

1. Stilling s'étend minutieusement sur les détails de pansement auquel il accorde une grande importance :

« Le pédicule convenablement lié et mis à l'abri de tout écoulement de sang, dit-il (3), on recouvre d'abord les bords réunis de la plaie abdominale avec des bandelettes agglutinatives courtes, étroites et s'imbriquant les unes les autres en se recouvrant en partie à la manière des tuiles d'un toit. — Alors, sous chacune des extrémités de l'aiguille en fer de lance, on place de petites compresses de linge assujetties avec les bandelettes agglutinatives. Sans cette précaution les bouts de l'aiguille ulcéreraient et perforeraient même les parois abdominales pendant que le pédicule par sa rétraction continuelle aide au même mouvement. C'est donc là un point auquel il importe de veiller. — Cela fait, on entoure chacun des deux bâtonnets du serre-nœud de Graëfe (4) en même temps que les fils avec

(1) *Maladies des ovaires*, p. 399.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 188, p. 1368. — Académie impériale de médecine, 23 fév. 1868.

(3) *Loc. cit.*, p. 108.

(4) Dont STILLING fait usage comme nous l'avons déjà dit ; ce qui constitue un procédé qui a de l'analogie avec celui de KOEBERLÉ.

82

une compresse de linge, et on les fixe toutes les deux à droite et à gauche de la plaie abdominale par des bandelettes agglutinatives. — On place ensuite de longues et larges bandelettes agglutinatives à partir du dos, transversalement jusque sur le ventre, d'une part pour comprimer régulièrement tout le bas-ventre, et d'autre part et spécialement pour protéger les parois abdominales et la plaie réunie de l'incision, contre toute dilatation, déchirement, etc., du fait des mouvements du corps de l'opérée, comme aussi des mouvements exécutés par les intestins les uns sur les autres. — Il va sans dire que les bandelettes doivent être très-bien adaptées, qu'elles doivent être d'autant plus solides (toile ou flanelle), qu'elles sont destinées à recouvrir largement le ventre à la manière d'une épaisse cuirasse. Il est également bon de faire observer qu'il ne faut pas entourer tout le corps comme d'une ceinture par ces bandelettes, parcequ'alors l'opérée se mouvrait difficilement et que d'un autre côté la tension produite par une telle masse de bandelettes autour du corps, finirait par devenir insupportable et obligerait bientôt à enlever le pansement, comme nous l'avons vu dans un cas. — Je m'arrange de façon que l'un des chefs de chacune des bandelettes commence son application à la région des muscles longs du dos et soit conduite transversalement sur le ventre jusque sur le côté opposé à deux ou trois travers de main environ au delà de la ligne blanche, ce qui peut facilement se faire en soulevant le tronc de l'opérée. »

« Tout cela étant disposé, on recouvre le pédicule avec de la charpie, qui elle-même est fixée à l'aide de quelques bandelettes. Ensuite un large bandage de corps fixé par de solides épingles maintient le tout, en enveloppant toute la circonférence du corps. »

Ce pansement si minutieusement décrit par l'ovariotomiste de Cassel, et que nous avons cru devoir rapporter pour les détails minutieux dans lesquels il entre, est cependant loin d'être exempt des inconvénients que l'auteur signale lui-même : poids et compression trop considérables.

2. Desgranges se contente d'appliquer un linge fenêtré enduit de glycérine et recouvert d'un gâteau de charpie (1).

2. 3. Kœberlé recouvre l'abdomen d'une simple compresse ou de

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 584.

charpie, puis d'un drap plié en plusieurs doubles sur lequel il maintient deux vessies de caoutchouc remplies de glace et enveloppées dans un carré de taffetas ciré pour s'opposer à l'hémorrhagie et à la péritonite (1).

4. Péan se borne également à recouvrir la plaie d'une compresse imbibée d'eau et à une compression méthodique opérée sur les parois latérales du ventre, à l'aide de serviettes pliées et maintenues par un bandage de corps (2). C'est également la conduite qu'adopte B. Brown (3).

5. Boinet (4) comme Spencer Wells (5), à l'effet de protéger la plaie contre la sanie du pédicule maintenu en dehors, en même temps que pour empêcher tout contact de l'air sur la plaie et l'oblitérer ainsi le plus complètement possible, applique plusieurs couches de collodion riciné sur toute la longueur de la suture et dans une largeur de 5 à 6 centimètres de chaque côté. Cette méthode appliquée par Boinet depuis 1862 (6), était conseillée et mise en usage avec succès par Lesueur, de Vimoutiers (Orne) pour le bec-de-lièvre (7) et par Goyrand, d'Aix (8), pour toutes les plaies par division (9).

Après l'application du collodion, Boinet place sur le ventre des ouates chaudes et laudanisées, ou un large cataplasme chaud également laudanisé. — Au-dessus, des flanelles chaudes et imbibées d'eau de mauve, puis un bandage de corps en flanelle et enfin un ample peignoir de flanelle (10).

6. Il y a dans le choix du pansement une question d'appréciation et de

(1) *Opérations d'ovariotomie*, pp. 57, 75, 86.
(2) *Loc. cit.*, deuxième édition, pp. 32, 40.
(3) *Loc. cit.*, chap. V.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 138.
(5) Jottrand et Bottaro, *loc. cit.*
(6) *Gazette hebdomadaire*, 1862.
(7) *Bulletin de thérap.*, t. XXXVIII, p. 85, 1850.
(8) *Gazette médicale de Paris*, 1858.
(9) Voir *Bulletin de thérap.*, t. LVI, p. 335. — *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 46. — *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 138.
(10) Martin applique sur le ventre des compresses trempées dans une solution aqueuse ou huileuse d'acide phénique, et par dessus, des compresses d'eau froide à 20 ou 15 degrés R., et même une vessie remplie de glace, s'il y a forte sensation de brûlure ou tympanite commençante (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1872, n° 10, s. 114).

circonstances qu'on doit laisser résoudre par le chirurgien, quoique néanmoins nous voyions les ovariotomistes se faire une règle invariable pour le pansement qu'ils ont adopté.

ARTICLE SIXIÈME. — SOINS CONSÉCUTIFS A L'OPÉRATION.

1. *Soins généraux.*

1. Une fois le pansement terminé si, comme c'est la conduite la plus convenable, on s'est arrangé de façon à soigner la malade dans un lit autre que celui de l'opération, il faut la reporter dans ce lit bassiné, chaud. On place aux jambes et aux pieds des boules d'eau chaude ou des corps chauds. — Il faut veiller de près à la chaleur de la malade, renouveler constamment les bouteilles chaudes, car le système nerveux ébranlé et la faiblesse de la respiration, n'ont pas le pouvoir d'engendrer beaucoup de calorique et il faut y suppléer par la chaleur artificielle et un air pur souvent renouvelé pour oxygéner convenablement le sang et tonifier les nerfs (1).

Labbé recommande l'usage d'un cerceau pour soustraire l'opérée au poids des couvertures (2).

2. La chambre où va séjourner la malade doit avoir de 18 à 20° de température, elle doit conserver ce même degré au moins pendant la première semaine (3) et être aérée avec toutes les précautions convenables. La plus grande tranquillité est de rigueur. Aucune parole inutile. Qu'on respecte surtout le sommeil de l'opérée.

3. En admettant qu'on puisse compter sur la première intention, il ne faut pas s'attendre à une réunion complète avant la fin de la troisième semaine. La patiente ne quittera pas son lit avant cette époque. Il vaut mieux qu'elle attende la fin de la quatrième semaine ou même plus longtemps pour l'entière cicatrisation de la plaie et du pédicule. Du 2° ou 3° jour,

(1) BUTCHER. *Loc. cit.*, p. 30.
(2) NARDOU-DUROSIER, *loc. cit.*, p. 13.
(3) B. BROWN in LABALBARY, p. 71.

on peut chaque jour placer l'opérée dans un lit bien fait et chauffé. Elle doit avoir soin d'éviter tout mouvement pendant ce transbordement ; deux à trois personnes doivent aider à cette manœuvre.

4. Il ne faut pas changer le linge du corps avant le 3e jour ; on peut le faire alors tous les 2 ou 3 jours, en évitant toujours soigneusement de communiquer des mouvements à la patiente (1).

5. *Urines*. S'il n'y a pas évacuation naturelle au bout de 8 à 10 heures, il faut recourir au cathétérisme que l'on renouvelle ensuite 2 à 3 fois par jour jusqu'à rétablissement de la fonction (Stilling). — B. Brown n'évacue la vessie que toutes les 6 heures. — D'autres et spécialement les ovariotomistes anglais se montrent plus rigoureux, veulent à tout prix éviter des mouvements à l'opérée, emploient à cet effet immédiatement le cathétérisme et n'abandonnent que très-tard l'exercice de la fonction à la malade. — Tyler Smith va plus loin encore et place une sonde à demeure dans la vessie. On doit en tout cas éviter de laisser la vessie se développer parce qu'elle pourrait tirailler douloureusement le pédicule et rompre des adhérences nouvelles non encore organisées (2).

Selon Stilling, la rétention d'urine après l'ovariotomie se manifeste surtout quand le pédicule est épais et court par suite de la congestion qui s'y fait, et qui produit une sorte d'œdème (les vaisseaux sont plus importants ici que dans les pédicules grêles), lequel se communique aux parois de la vessie et en enraie les contractions. Il ne faut donc rien inférer de ce signe au point de vue du pronostic (3)

6. *Selles*. La première selle peut rester 12 à 14 jours sans être expulsée : le purgatif pris avant l'opération pour vider l'intestin, la paralysie incomplète de celui-ci (comme nous le verrons plus tard à propos du météorisme), les opiacés qu'on administre généralement à l'opérée, sont autant d'agents qui expliquent la constipation. Cet état est d'ailleurs un résultat que l'on doit obtenir et constitue une indication impérieuse, car on doit éviter tout ce qui peut entraver la cicatrisation ou déterminer des

(1) STILLING, *loc. cit.*, pp. 108, 111.
(2) PLANTÉ, *loc. cit.*, p. 40 et 41.
(3) STILLING, *loc. cit.*, pp. 146 et 147.

hémorrhagies en provoquant des mouvements de l'intestin et de la malade. Autant que possible, dit B. Brown (1), les intestins ne doivent pas fonctionner pendant les 4 ou 5 premiers jours. Aussi, pour éviter les nausées et les vomissements, le chirurgien anglais pousse-t-il la précaution jusqu'à introduire par lavement, les préparations opiacées souvent nécessaires. — Généralement cependant les ovariotomistes anglais n'administrent l'opium que pour combattre la douleur ou l'insomnie. — Kœberlé administre 10 centigrammes d'acétate de morphine par jour (2) pour narcotiser le tube digestif ou provoquer le sommeil (3). — Labbé donne un centigramme d'acétate de morphine toutes les 2 heures et Parisse prescrit 3 décigrammes d'extrait gommeux d'opium en dix-huit pilules à prendre toutes les deux heures (4).

Au bout de cinq à six jours, la constipation est combattue par des légers purgatifs et des lavements émollients. George Whyte administre dans le même but, 1/48 de grain de strychnine toutes les deux heures (5).

7. Les malades ne doivent se lever que plusieurs jours après la chute de toutes les ligatures, et ne marcher que le plus tard possible.

Labbé recommande alors (6) l'usage d'une ceinture, car lorsque l'opérée reste quelque temps debout, le ventre proémine. On observe cet inconnient chez presque toutes les ovariotomisées. L'opérée de Thom. Nanneley (7), dix semaines après l'opération, en voulant se placer un pesant fardeau sur les épaules, rompit la cicatrice sous le nombril. Aussi l'auteur insiste-t-il beaucoup à ce propos sur l'utilité d'une bonne ceinture. Ainsi, quand la femme commence à se lever, on peut soutenir le ventre au niveau de l'hypogastre au moyen d'un bandage composé d'une pelotte concave, sur la partie médiane de laquelle se trouve une saillie assez accusée pour

(1) Labalbary, *loc. cit.*, p. 72.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 437.
(3) *Opér. d'ovariotomie*, obs. IIe.
(4) Nardou-Durosier, thèse citée, p. 33.
(5) Observation d'ovariotomie. *Med. T. and Gaz.*, 1867, n° 888.
(6) *Ovariotomie. — Gazette hebdomadaire* 1865, p. 685.
(7) *Brit. med. Journ.*, march 26, 1864.

soutenir exactement la cicatrice : cette pelotte est fixée, comme les bandages ordinaires, par un ressort élastique (1).

8. *Régime de l'opérée.* — La diète du premier jour ou des premières heures (eau fraîche, fragments de glace) doit être suivie d'une nourriture de plus en plus substantielle et en rapport avec le régime qui était habituel à la malade. Il faut, comme le dit Kœberlé (2), mettre l'opérée dans un état d'anhydrémie aussi complet que possible pour favoriser la résorption des liquides épanchés. L'alimentation doit être prudemment conduite, car il importe dans le principe de maintenir le tube digestif dans le calme le plus absolu.

Butcher éprouve moins de craintes (3) : « C'est une grave erreur, dit-il, de tenir la malade à la diète. Des stimulants modérés, une nourriture légère, du thé, du bœuf doivent être accordés dès le principe, à petites doses répétées. Les lavements nourrissants sont absurdes et ne peuvent qu'occasionner des dangers par les manœuvres qu'ils nécessitent. » Labbé ne partage donc pas cette manière de voir, lorsqu'il fait passer à ses opérées des lavements au bouillon et au vin (4).

Dans les premières vingt-quatre heures, B. Brown (5) accorde du lait et du bouillon faible ; comme boisson de l'eau d'orge, de petits morceaux de glace pour tromper la soif.

Plus tard si l'état le permet : bouillon fort et vin.

Au troisième jour, souvent il permet une côtelette de mouton et un verre d'ale.

Stilling ne laisse donner d'aliments solides qu'au quatorzième jour, le bouillon et le lait du quatrième au cinquième jour, puis du huitième au neuvième jour, il permet du thé et du café léger (6). — Rien que de l'eau pure ou sucrée dans les deux ou trois premiers jours.

(1) Desgranges. Obs. VI. *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 584.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 437.
(3) *Loc. cit.*, p. 30.
(4) Nardou-Durosier, p. 27.
(5) *Loc. cit.*, chap. V.
(6) *Loc. cit.*, pp. 108, 111.

Comme boisson, Boinet (1) conseille de l'eau sucrée avec un peu de jus de citron et quelques gouttes d'eau de fleurs d'oranger. — Il accorde plusieurs bouillons dans la première journée. — Labbé donne de l'eau sucrée additionnée de rhum (2). — Butcher ne connaît rien de mieux que du brandy froid avec de l'eau pour rafraîchir la sécheresse de la bouche si intolérable après le chloroforme et qui persiste à cause de la santé déplorable de la patiente avant l'opération (3).

2. *Soins locaux.*

1. Il faut nettoyer la plaie 2 à 3 fois par jour pour la débarrasser de la sérosité et du pus.

2. Pour s'opposer à la putréfaction du pédicule qui pourrait ainsi devenir l'occasion de la fièvre purulente et de la fièvre putride, outre les pansements fréquents, on doit, comme le conseille Kœberlé (4), se servir du sulfate ou du perchlorure de fer caustique pour modifier, dessécher le pédicule; procédé qu'ont également adopté Keith et Simpson (5).

On lotionne les parties voisines et la plaie avec une solution aqueuse au 1/10e de sulfate de fer ou de sulfite de soude dans les mêmes proportions (aq. 100 grammes; Sulfit. sod. 10 grammes). Primitivement, Kœberlé employait la glace dans le même but. Le sulfate de fer s'oppose à la putréfaction en empêchant l'oxydation des substances organiques et absorbant l'odeur sulphydrique, il absorbe avidement l'oxygène et décompose les sulfures alcalins (6) : il décompose en outre le carbonate d'ammoniaque, d'où sulfate ammoniacal et carbonate ferreux insoluble : le carbonate et le sulfate ferreux, très-avides d'oxygène, s'opposent à la fermentation et à la décomposition du sang et de la sérosité (7).

(1) *Maladies des ovaires*, p. 401.

(2) Nardou-Durosier, p. 13.

(3) *Loc. cit.*, p. 30.

(4) *Gazette hebdomadaire*, 1862, 437, 780.

(5) Courty. *Mal. de l'utér.*, p. 976.

(6) *Opérat. d'ovariot.* p. 35.

(7) *Ibid.*, p. 64, note. Les sulfites alcalins ont été préconisés par Polli qui regarde en outre le bisulfite de soude comme un excellent anthelminthique (*Gaz. hebd.*, etc.. 1869, n° 20, p. 306).

Sur les points légèrement suintants, on peut, à l'exemple de Spencer Wells, appliquer des sachets de poudre absorbante : écailles d'huître calcinées et quinquina ; craie et rhubarbe ; magnésie et cannelle. Stilling (1) donne la préférence à la poudre de bois bien fraîche. Desgranges étanche le pus de la plaie avec une éponge trempée dans une solution légère d'acide phénique (2 °/₀) (2).

3. *a*) Pour s'opposer à la traction des points de suture, Kœberlé avait imaginé d'appliquer de chaque côté de l'incision, des sacs de son pour refouler les lèvres de la plaie ; un drap plié en plusieurs doubles et recouvert d'un taffetas ciré était placé en travers de l'abdomen.

b) Péan, au troisième jour, enlève les épingles et modifie la suture métallique afin de la relâcher un peu et d'éviter que le gonflement des parties n'entraîne leur section : les extrémités des fils métalliques sont dénouées et chacune d'elles passée dans un trou pratiqué au milieu d'une petite cheville, puis enroulée sur cette cheville de façon que la suture à anses se trouve transformée en une suture enchevillée (Pl. XVII, fig. 9 et fig. 10).

4. Les sutures, quand elles ne sont pas métalliques, sont supprimées dès le quatrième ou cinquième jour ; les points de suture profonde peuvent être enlevés du troisième au quatrième jour si la réunion immédiate est obtenue et qu'il n'y ait pas tympanite. Huit ou dix jours et même plus sont sans inconvénient, mais il vaut mieux les enlever dès qu'on le peut. Boinet le fait en deux fois à vingt-quatre ou quarante-huit heures d'intervalle. Stilling ne retire jamais ces points de suture avant le huitième jour et l'aiguille, fer de lance, avant le quatorzième ; on doit être sûr de l'adhérence solide du pédicule dans l'angle inférieur de la plaie (*loc. cit.*).

Kœberlé enlève les épingles de la suture superficielle au bout de quinze à dix-huit heures, après avoir appliqué du collodion sur le fil entortillé ; de cette façon il n'y a pas d'inflammation de la plaie à craindre et la réunion est immédiate (3).

5. Pour s'opposer au tiraillement de la plaie fraîchement cicatrisée

(1) *Loc. cit.*, p. 108.
(2) CHRISTOT, *loc. cit.*, p. 12.
(3) Observation XX. *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 354.

(distension abdominale par tympanite), l'ovariotomiste de Strasbourg remplace les épingles par des fils dont les extrémités s'attachent aux parois abdominales avec du collodion mêlé de brins de fil servant ainsi de cordons pour faire nœud (Pl. XXI, fig. 1 et 2). Ce sont des fils de coton réunis deux à deux en forme de cordons et liés avec ceux du côté opposé par dessus l'incision. Pour attacher ces fils, on les place sur la peau et on les recouvre de quelques brins de coton pour donner corps et résistance au collodion qui doit être liquide et qu'on verse sur les fils : on lave préalablement la peau avec de l'éther pour que le collodion adhère bien : on associe alors les fils deux à deux, trois à trois pour former une série de cordonnets placés vis-à-vis de ceux du côté opposé (1). Ces cordonnets permettent un relâchement complet de la partie moyenne des tissus du ventre, ce qui donne une cicatrice linéaire parfaite sans éventration consécutive : ils restent en place quinze à vingt jours de suite et davantage sans être changés et sans irriter la peau (2).

6. Les fils de la suture profonde sont enlevés le troisième ou quatrième jour, quelquefois plus tard selon indication. On les enlève le plus tôt possible, dès le troisième jour si on peut, s'il n'y a pas tympanite. On assure alors la réunion par un pansement convenable et par les cordonnets collodionnés (3).

7. Le serre-nœud ou tout autre constricteur de pédicule est enlevé le troisième ou quatrième jour dès que la ligature du pédicule est sèche, mais il faut avoir soin que le pédicule soit maintenu avec la paroi abdominale dans un rapport constant. On peut remplacer le constricteur par deux bouts de sonde liés à leurs deux extrémités et rendus rigides : on les laisse en place jusqu'à la chute du pédicule (treizième jour).

8. Les ligatures doivent tomber d'elles-mêmes. Au moindre suintement de sang il faut s'empresser de les resserrer, comme aussi lorsqu'on s'aperçoit que les fils ne serrent plus très-fort (4).

(1) KOEBERLÉ. *Opérat. d'ovariot.*, p. 31.
(2) *Ibid.*, observation XLII. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 251.
(3) KOEBERLÉ. Observation XX. *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 554.
(4) STILLING, *loc. cit.*

On doit surveiller et ouvrir les petites collections purulentes qui se forment le long des fils des ligatures pour empêcher leur ouverture du côté du péritoine (1).

9. S'il y a du pus ou de la sérosité purulente qui apparaît le long du pédicule, il faut recourir aux injections détersives qu'on pousse par l'ouverture faite par la sérosité ou par le drain, le tube ou la sonde qu'on a laissés à demeure. Ces injections peuvent être faites avec de l'eau tiède, de l'eau iodée, une solution de sulfite de soude (désinfectant). Peaslee pratique des injections d'eau tiède dans la cavité abdominale par l'ouverture laissée par la suture et leur attribue ses succès : il en a fait jusqu'à cent et trente-cinq en septante-huit jours (2).

10. Quand la suppuration commence, Desgranges institue un pansement au glycérolé phéniqué :

Acide phénique	50 centigrammes.
Glycérine	30 grammes (3).

11. Quand le pédicule est maintenu au dehors, le lambeau gangrené et les ligatures tombent du troisième au dixième jour, mais si le lambeau reste, la ligature peut demander plusieurs semaines pour se détacher. La sanie putride qui entoure le moignon doit être enlevée avec soin : la peau et la partie de la plaie qui en sont proches, doivent être garanties avec du collodion ou par des compresses cératées. — Le pansement est recouvert par un sachet de mousseline contenant de la poudre de charbon de bois sèche ou du coaltar (4).

12. Pour s'opposer au tiraillement du pédicule et à sa rentrée dans le ventre, on peut comme l'a fait Kœberlé (5), employer une sorte d'anneau constitué par un linge tortillé, disposé autour du pédicule et maintenir dessus un certain degré de compression par un bandage de corps muni

(1) Koeberlé. *Opérat. d'ovariot.*, p. 9, observation première.
(2) *Hay's Am. J. of m.*, july 1863.
(3) Observation VI. *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 581.
(4) Spencer Wells in Jottrand, *loc. cit.*, p. 345.
(5) Observation première. *Gazette hebd.*, 1862, p. 437.

de liens disposés convenablement. Kœberlé a pu continuer ce moyen pendant 12 jours. — Il faut s'attacher à éviter tout tiraillement du pédicule à cause des phénomènes réflexes graves ou l'hémorrhagie qui peuvent en être la conséquence: ces tractions ont en outre l'inconvénient de tordre l'utérus sur son axe. Parfois l'utérus est entraîné par la trompe ; le canal génital est alors allongé et il y a plus grande facilité pour fixer le pédicule, celui-ci n'est cependant pas nécessairement allongé pour cela, car il existe fréquemment des adhérences intimes entre la tumeur et l'utérus. — L'embonpoint de la malade augmente souvent aussi la difficulté de fixer le pédicule (1).

13. Il est d'une prudence louable de faire porter une ceinture abdominale à toutes les femmes qui ont subi l'ovariotomie, on s'oppose ainsi au refoulement de la peau de l'abdomen par le paquet intestinal et à l'éventration consécutive.

ARTICLE SEPTIÈME. — ACCIDENTS ET COMPLICATIONS CONSÉCUTIFS A L'OVARIOTOMIE; SOINS QU'ILS EXIGENT.

1. Le chirurgien doit être armé de toutes pièces pour combattre ou prévenir les accidents ou complications qui surviennent fréquemment après l'opération.

2. Clay considérait comme critiques les troisième, sixième et neuvième jours (2).

3. Quoiqu'il en soit, nous diviserons pour les étudier, ces accidents en :

a) ***Généraux*** ou dépendant du retentissement de l'opération sur l'état général de la malade et

b) ***Locaux***, c'est-à-dire relatifs aux lésions produites dans les tissus ou les organes par les instruments ou manœuvres nécessités par l'opération.

(1) KOEBERLÉ. *Opérat. d'ovariot.*, obs. deuxième.
(2) *Brit. med. J.*, n° 120, 1863, march 16.

§ 1er. ACCIDENTS GÉNÉRAUX.

1. Commotion nerveuse. Collapsus. — Shock (des Anglais).

1. C'est l'accident qui avec l'hémorrhagie est le plus à redouter dans les premières heures qui suivent l'ovariotomie.

2. Il est prévenu en grande partie par l'anesthésie qui soustrait la patiente aux terreurs et douleurs de l'opération, par le régime tonique, réconfortant qu'on lui a fait suivre avant de la soumettre à l'ovariotomie et qui lui donne une résistance plus grande à cet ébranlement nerveux.

Quand l'ovariotomie a été pratiquée dans de bonnes conditions, avec toutes les indications désirables, le collapsus n'est guère à craindre : l'opérée ne ressent en tout qu'un peu de cuisson dans la plaie.

Sur 65 morts renseignées dans la statistique de Negroni, 5 ont succombé à l'ébranlement.
» 119 » » » J. Clay, 25 » »

Sur 184 » 30 ont succombés au collapsus, soit : 16.2 %.

3. On combat cet accident : 1° En réchauffant la malade comme nous l'avons indiqué plus haut.

2° *a*) Par les antispasmodiques qu'on donne à petites doses : infusion de tilleul, potion éthérée (1) : on peut prescrire (2) :

℞.	Aq. til.	100 grammes.
	— lauro ceras.	
	Alcool. aconit. ãã.	2 grammes.
	Extr. thebaïc.	5 centigrammes.
	Syr. aq. flor. aur.	30 grammes.

A prendre par cuillerées.

Ou encore (3) :

(1) COURTY *Maladies de l'utérus*, p. 974.
(2) VALETTE. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 85.
(3) KOEBERLÉ. *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 485.

℞. Aq. til.	. . . .	120 grammes.
Acetat. morphin.	. . . . . .	10 centigrammes.
— ammon.	. . . . . .	10 grammes.
Syr. flor. aur.	. . . . . .	25 grammes.

Ou encore, toutes les heures une pilule d'un centigramme d'extrait thébaïque (1).

b) Par des cordiaux, des excitants diffusibles : vin, cognac, acétate d'ammoniaque (12 grammes) (2), Malaga, Xérès (3), bouillon chaud (4).

Valette prescrit :

℞. Infus. flor. til. et flor. aur.	. . . . .	100 grammes.
Liquor. Chartreuse	. . . .	cochl. n° j.
Black-droops.	. . . .	10 gouttes (5).

De Montet donne chaque 1/2 heure, 2 cuillerées à café de champagne frappé (6).

Il faut comme le recommande judicieusement Kœberlé (7), user avec précaution des stimulants chez les personnes qui n'y sont pas habituées ou délicates, car on peut irriter le tube digestif et amener des hypercrisies de la muqueuse intestinale qui peuvent occasionner la mort, ainsi qu'il en a observé un exemple (8).

2. *Exhaustion. — Affaiblissement graduel conduisant à l'épuisement.*

1. Dans la statistique de Negroni :

12 fois sur 65 cas l'épuisement est renseigné comme cause de la mort (9).

et dans celle de Kœberlé :

3 » » 24 »

15 » » 89 » soit 16,8 %.

(1) Boinet. *Malad. des ovaires.*
(2) Courty. *Maladies de l'utérus*, p. 974.— Koeberlé. *Opérat. d'ovariotomie*, obs. II.
(3) Boinet. *Mal. des ovaires*, p. 401. — Koeberlé, obs. XVIII. *Gaz. des hôp.*, 1866, p. 526.
(4) Stilling, *loc. cit.*, p. 108.
(5) *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 85.
(6) *Gazette hebdomadaire*, 1864, p. 170.
(7) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 26.
(8) Observation XXXIV, *ibid.*
(9) Clay confond l'épuisement avec l'ébranlement.

2. On le prévient par le repos, la tranquillité, l'abstention de tout mouvement et par l'administration des cordiaux et des toniques faite avec prudence pour n'apporter aucune excitation du côté des voies digestives.

3. La déplétion abdominale subite, le changement qui s'opère instantanément dans la circulation abdominale, amènent parfois un état syncopal inquiétant : face pâle, yeux fixes et ouverts, absence de pouls (1). Craig faillit perdre son opérée de cette façon (2).

3. Pyohémie. — Septicémie. — Infection purulente. — Infection putride.

1. On cherche à prévenir ces fâcheuses complications en s'opposant à la putréfaction du pédicule et à l'exagération de la suppuration par les soins d'un pansement bien entendu et par une nourriture suffisamment et prudemment réparatrice.

2. La putréfaction des parties étranglées par les ligatures, celle du sang, de la sérosité, surviennent au bout de quinze à vingt heures et marchent très-vite (sanie) sous l'influence de l'humidité, de la chaleur animale et de l'air. Il en résulte une odeur infecte : la sanie détermine la formation de cryptogames et de microzoaires. Son contact avec les tissus découverts, le péritoine, donne lieu à des inflammations formidables et aux accidents de la septicémie (3).

3. Kœberlé ne considère pas l'entrée de l'air dans le péritoine comme nuisible ; d'après lui cet air est rapidement résorbé : il est d'ailleurs parfois impossible de l'expulser complètement ; les côtes longtemps écartées par une tumeur volumineuse tendent à conserver leur position et la compression du bandage ne suffit pas pour les adapter sur les viscères abdominaux (4).

4. Lorsque des symptômes de septicémie se manifestent à la suite d'un foyer purulent intrà-abdominal, outre les moyens d'évacuation et de désin-

(1) Ovariotomie de Demarquay et Nélaton, *Archives belges*, etc., t. XXIX. 1862, p. 226.

(2) *Amer. J. of med. sc.*, janvier 1855. — *New-Orléans Med. news and hosp Gaz.*, décembre 1, 1854.

(3) Koeberlé, *Opérations d'ovariotomie*, p. 27.

(4) *Ibid. Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 526. Observation XVIII.

fection, comme il sera dit plus tard, il faut activer la circulation du sang et l'élimination des principes septiques par un stimulant alcoolique : Kœberlé donne la préférence au vin de Champagne (1).

5. Les exsudats ou liquides épanchés au voisinage des intestins se putréfient très-vite : on doit leur donner un libre écoulement aussi promptement que possible. Quand il y a hémorrhagie, par exemple, et qu'il demeure un caillot dans la cavité péritonéale, celui-ci se putréfie; le liquide provenant de sa décomposition, surtout lorsqu'il est en rapport avec les parties traumatisées, est rapidement absorbé ; alors sous l'influence d'un commencement de septicémie et de péritonite, le pouls devient irrégulier, petit, filiforme, puis le ralentissement de la circulation amène la formation de caillots dans le cœur et les gros vaisseaux pulmonaires : la stase cardiaque et pulmonaire amène la mort par asphyxie : ce n'est pas rare et il y a conséquemment urgence à intervenir activement au début des accidents, car c'est là une complication formidable qui fait succomber les malades les plus robustes (2).

6. Clay avec Negroni ne renseignent que deux cas de mort par infection purulente sur 184 causes de la mort renseignées, et Kœberlé, dans sa pratique, a observé 7 fois la septicémie seule et 6 fois la septicémie avec péritonite comme ayant déterminé la mort (24 cas de mort).

4. Tétanos.

1. Cette complication, pour ainsi dire fatalement mortelle, n'est pas heureusement fort commune : les cas les plus remarquables ont été rapportés et observés par Nélaton (3), Spencer Wells, Stilling, Boinet, Murray Humphry (4), Péan (5).

Spencer Wells, pour sa malade que vit Nélaton pendant son voyage en

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867. p. 465. Observation XXXII.

(2) KOEBERLÉ. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 230, observation XL. *Ibid.* p. 267, obs. XLIV.

(3) Le tétanos se manifesta vingt et un jours après, à la suite d'une violente colère (*Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 483. — HERRERA-VEGAS, *loc. cit.*, p. 140.

(4) BOINET. *Maladies des ovaires*, p. 403.

(5) CH. BAILLY. *Traitement des ovariotomisées*, p. 61.

Angleterre, usa de tous les moyens pour la sauver, jusqu'à la trachéotomie (1). — Dans une autre circonstance, car il a observé trois fois cet accident, il a pu réussir à guérir sa malade par le curare (2). Le sulfate de quinine a échoué entre les mains de Stilling (3).

Clay et Negroni le renseignent cinq fois comme cause de la mort.

5. Fièvre lente à caractères typhoïdes.

1. Cette inflammation qu'on observe parfois à la suite de l'ovariotomie (4), comme après les grands traumatismes qui ont porté une atteinte profonde à l'innervation, réclame les moyens recommandés en pareil cas.

2. La fièvre qui suit l'opération est habituellement peu intense : le pouls varie entre 100 et 120, tandis que la température oscille entre 38° et 39°. Elle a de la rémittence le matin, de l'exacerbation le soir : parfois il y a intermittence. Quand il y a délire, ce qui est rare, il dure rarement plus de quatre à six jours. On peut commencer à alimenter la malade dès que la fièvre est tombée (5).

Accidents généraux sympathiques.

6. Malaise général. — Nausées. — Eructations. — Vomissements.

1. Ces accidents sont fort communs après l'administration du chloroforme. Sp. Wells attribue les vomissements à l'emploi exagéré de l'opium immédiatement après l'opération (6).

2. Les vomissements sont graves, surtout quand il y a tendance à l'hémorrhagie, car à chaque effort le sang ruisselle de toutes parts, là même où il était parfaitement arrêté. Rarement les opérées guérissent dans ce

(1) *The Med. T. and Gaz.*, 1862, t. II, p. 28.

(2) Ovariotomie du 6 octobre 1859. *Gazette hebdomadaire*, 1860, p. 807, trad. de J. Worms. — Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 139. — *Gaz. des hôp*, 18 février 1863. — Bailly, *loc. cit.*, p. 61.

(3) Opération du 6 novembre 1863.

(4) B. Brown *loc. cit.*, chap. V.

(5) Ch. Bailly. *Traitement des ovariotomisées*, p. 50.

(6) Herrera-Vegas. Thèse citée, p. 114.

cas (1). D'autre part, par les secousses que les vomissements impriment à tout l'abdomen, ils peuvent devenir cause de péritonite (2).

D'après Kœberlé les vomissements chloroformiques n'ont pas d'influence sur les cas sans adhérences, mais ils en ont sur les opérations graves, ainsi :

Sur	8	cas où il s'est déclaré des vomissements et où	il n'y avait pas d'adhérences,	il y a eu	2	m,	25 %.
»	5	» »	il y avait adhérences légères	»	0	»	» »
»	13	» »	» » graves	»	9	»	69,2 »
»	12	» il ne s'est pas déclaré de vomissem.,	il n'y avait pas d'adhérences	»	1	»	8,3 »
»	10	» » »	il y avait adhérences légères	»	2	»	20,0 »
»	20	» » »	» » graves	»	10	»	50,0 »

3. On combat victorieusement ces vomissements par des stimulants bien chauds. D'après Butcher (3), rien de mieux alors que la moitié d'un grand verre de punch chaud au brandy, après quoi l'acide hydrocyanique, à la dose de 3 gouttes, passe pour spécifique.

Kœberlé (4) conseille la compression méthodique du ventre comme doublement utile : pour éviter la congestion vasculaire et maintenir les parties pendant les secousses provoquées par les vomissements. — Il la pratique d'abord avec les mains, puis il emploie des vessies renfermant 1 1/2 kilogramme de glace qui a en outre pour effet de modérer l'action d'une température trop élevée sur la décomposition du sérum, du pus, etc. Aujourd'hui cependant, il a renoncé à l'usage de la glace (5). On place la poitrine et la tête de la malade dans une position plus élevée.

S'il y a éructations on aide à la vacuité de l'estomac par des pressions à la région épigastrique au moment de l'éructation. — On administre à la malade la liqueur ammoniacale anisée, de l'eau rougie pour boisson, de l'éther mêlé à un peu d'eau sucrée par cuillerée à café de 1/4 en 1/4 heure; de petits morceaux de glace, de l'eau de seltz par petites gorgées (6), de l'infusion de feuilles d'oranger.

(1) Koeberlé. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 267.
(2) Planté, *loc. cit.*, p. 44.
(3) *Loc. cit.*, p. 30.
(4) *Opérat. d'ovariot.*, pp. 7, 29, 58, 74.
(5) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 455, obs. XVII.
(6) Richet in Nardou-Durosier, *loc. cit.*, p. 76.

4. Les vomissements qui peuvent ainsi compromettre les suites de l'ovariotomie ne sont pas toujours le résultat du chloroforme, ils peuvent être dûs encore à l'ingestion d'un liquide ou d'un aliment, à la présence de gaz dans l'estomac ou à une obstruction mécanique de l'intestin, par un caillot compresseur, par exemple, à un commencement de péritonite, etc. (1).

7. *Diarrhée.*

1. Kœberlé la combat par le sous-nitrate de bismuth à la dose progressive de 2 à 6 grammes, l'extrait d'opium, 25 milligrammes à 5 centigrammes; les lavements à l'empois d'amidon (2) et enfin par le vin et une nourriture substantielle.

2. Le champagne jusqu'à ivresse, donné pendant plusieurs jours, a eu le meilleur effet entre les mains du même chirurgien, dans un cas de diarrhée que ni le bismuth ni le colombo n'avaient pu arrêter. Les selles cessèrent d'être fétides, les forces et l'appétit revinrent (3).

8. *Coliques venteuses* (4).

1. Elles peuvent être occasionnées :

1° Par la compression exercée sur les intestins par les compresses graduées, maintenues sur le ventre pour le déprimer au niveau du pédicule et empêcher le tiraillement de celui-ci, si on a cru devoir y recourir.

(1) Koeberlé. *Opérat. d'ovariot.*, p. 65 et 66. Dans une récente communication (*Lancet*, aug. 20, 1870. « Second series of Fifty cases of ovariotomy. » — *The Dubl. quart. J. of med. sc.*, nov. 1870, p. 406). Thom. Keith prétend, dans un cas, devoir attribuer la mort de sa patiente aux vomissements excessifs provoqués par le chloroforme. Il a, dit-il, abandonné complètement depuis, l'usage de cet agent pour ses grandes opérations et spécialement pour l'ovariotomie, pour ne se servir que de l'ether sulfurique anhydre administré avec l'appareil du docteur Richardson : sur 35 opérations, il n'a perdu que 7 malades. Spencer Wells, commence également à se servir du bichlorure de méthylène et du chlorométhyle (*Med. T. and Gaz.*, septemb. 3, 1870. Hospit. Exper. of ovariot.).

(2) Koeberlé. *Opérat. d'ovariot.*, p. 63.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 477, obs. XXXII.

(4) Koeberlé. *Opérat. d'ovariotomie*, pp. 63, 65.

2° Par le bandage de corps devenant compressif.

3° Par les caillots produits par une hémorrhagie et séjournant contre l'intestin.

4° Par l'étranglement interne.

2. Quand les moyens ordinaires et surtout le sous-nitrate de bismuth ne réussissent pas, il faut recourir à la malaxation du ventre.

B. Brown, dans le cas de flatuosités douloureuses, recommande des fomentations avec de la flanelle trempée dans de l'eau chaude et arrosée de térébenthine, en même temps qu'un linge arrosé de térébenthine est placé sur les literies près de la bouche de la malade pour que les vapeurs soient inhalées : on obtient ainsi un grand soulagement à cause des propriétés anesthésiques de la térébenthine.

9. Météorisme. — Tympanite stomacale et intestinale.

1. La tympanite intestinale est un accident très-fréquent : il ne faut pas trop s'en effrayer lorsqu'elle ne survient pas brusquement, dernier cas dans lequel elle est souvent le premier signe de la péritonite. Elle provoque de la difficulté de la respiration, des vomissements et par la distension abdominale, elle enraie la cicatrisation (1).

2. Avant d'entreprendre une ovariotomie, dit Kœberlé (2), il faut toujours se préoccuper de savoir si les malades pourront expulser facilement les gaz par l'estomac, par éructation. Si l'orifice cardiaque est déclive, soit par disposition particulière (3) ou par la position trop horizontale de la malade, les liquides de l'estomac tendent à refluer vers l'œsophage, d'où vomituritions sans nausées, tandis que les gaz chassés par l'orifice pylorique vont distendre l'intestin et produisent des borborygmes en traversant les liquides y contenus. Il n'y a pas là d'inconvénient jusqu'à une certaine limite lorsqu'on maintient une compression dans la région sous-ombilicale au niveau de la plaie abdominale. Si c'est insuffisant dans les

(1) Boinet. *Malad. des ovaires*, p. 403.
(2) *Opérat. d'ovariotomie*, pp. 116 à 120.
(3) *Ibid.*, obs. VII.

premiers jours et que les gaz vont distendre les anses intestinales au voisinage du pédicule en voie de mortification, les anses récemment agglutinées par l'exsudation consécutive à la péritonite locale, éprouvent des changements dans leurs rapports, les adhérences fraîches se décollent et les matières putrides du pédicule, le pus altéré, s'insinuent entre les anses décollées, les enflamment et produisent une sérosité sanguinolente qui peut se charger d'éléments mortifiés plus ou moins putrides dans l'excavation pelvienne, lorsqu'on a laissé le pédicule à l'intérieur (1). Si elle n'est pas expulsée complètement au dehors, elle s'accumule dans la cavité péritonéale, fuse et provoque des péritonites souvent mortelles. C'est surtout du troisième au quatrième jour que c'est à craindre : ces péritonites putrides empoisonnent le sang en moins de 24 heures. Il faut donc veiller à l'expulsion de ces gaz. — Lorsqu'ils circulent librement dans l'intestin, ils tendent à être expulsés par l'anus à l'état normal. Chez les opérées d'ovariotomie, diverses causes s'opposent à cette expulsion :

1° L'atonie des intestins, surtout du rectum englobé dans une péritonite pelvienne. Guéneau de Mussy (2) attribue la tympanite, quand elle n'est pas sous la dépendance d'une lésion mécanique de l'intestin, à un affaiblissement de la contraction intestinale, à une sorte de paralysie du grand sympathique : l'exposition plus ou moins longue des intestins à l'air, les tractions plus ou moins fortes et répétées subies par eux pendant la destruction des adhérences, seraient la cause déterminante de ce trouble nerveux. Il faut néanmoins, pour expliquer la rétention des gaz dans l'intestin distendu à l'extrême, lorsque même on fait cesser la contraction des sphincters ou lorsqu'on ponctionne inutilement l'intestin, une autre cause toute mécanique que Guéneau trouve ainsi. « Les anses intestinales distendues, limitées d'une part dans leur extension par les parois du ventre et fixées d'autre part au mésentère, se plient, se coudent et se ferment par leurs plicatures que compriment les anses voisines et qui deviennent ainsi des soupapes autochtones d'autant plus exactement fermées que la distension est plus considérable. Cette distension peut appliquer, en la

(1) *Opérations d'ovariotomie*, p. 78.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 2 août, 1867.

redressant, la fin de l'intestin grêle contre le colon ascendant et interrompre la communication entre le jejunum et le cœcum. »

D'après Dumesnil et Guérin (1), il y a, dans la tympanite, atonie des intestins qui cessent d'être soutenus par les parois abdominales : quand la distension de l'intestin grêle est arrivée à un certain degré, ses circonvolutions tendues et développées en tous sens exercent sur les parties latérales du colon une compression qui arrête les gaz et les liquides.

2° Le spasme du sphincter anal provoqué lui-même par la tympanite intestinale.

3° Les matières stercorales obstruent le passage.

Ces différents cas réclament l'introduction d'une canule, la dilatation artificielle de l'anus, les lavements émollients ou purgatifs. Delstanche (2) accorde toute sa confiance au soda water, dans les cas de paresse intestinale consécutive à l'opération. Dès le troisième et quatrième jour qui suivent l'opération, Desgranges administre des laxatifs pour combattre le météorisme et s'en est toujours bien trouvé (3).

Butcher recouvre (4) l'abdomen météorisé et douloureux de cataplasmes de farine de lin chauds placés sur l'incision et la région iliaque : il fait ensuite passer de larges lavements de térébenthine avec un long tube et applique des compresses de térébenthine sur l'épigastre.

Ferrand, dans trois cas, a fait cesser le spasme rectal par l'application locale du bromure de potassium en solution (20 °/₀) (5).

4° La torsion d'une anse intestinale, ordinairement de l'intestin grêle, due généralement à la réduction irrégulière des anses intestinales herniées pendant l'opération. Si cette anse demeure libre d'adhérences, un mouvement péristaltique peut la débarrasser, mais si elle est comprise dans les adhérences, le cas est incurable : on a alors tous les symptômes de l'étranglement interne : tympanite, coliques venteuses et péritonite.

(1) *Bulletin de la Société impériale de chirurgie de Paris*, 1867, 2e série, p. 512.
(2) *Loc. cit.*, p. 108.
(3) Christot. *Ovariotomies de* Desgranges. Lyon, 1867, p. 11.
(4) *Loc. cit.*, p. 32.
(5) *Bulletin de thérap.*, 1869, t. I, p. 228.

Dans son observation XXXIII (1) Kœberlé eut à constater pendant l'opération l'entrée de l'air dans la région épigastrique lorsque la compression abdominale fit défaut : l'épiploon et une anse de l'intestin grêle longue de 30 centimètres, avaient été entraînées dans la région épigastrique par dessus le colon : l'étranglement se produisit au fur et à mesure que l'intestin était distendu par les gaz et les liquides digestifs. Les purgatifs et les manipulations extérieures sur l'intestin n'ont pu réussir à déplacer la partie qui était le siége de l'étranglement à cause de son agglutination avec les parties voisines par un exsudat plastique. La seule chance eut peut-être été de réduire directement par l'incision de la ligne blanche : opération grave, mais en définitive la seule chance de salut. Il est donc toujours essentiel d'étaler l'épiploon autant que possible au devant de l'intestin grêle, derrière l'incision avec laquelle l'épiploon adhère ensuite en laissant l'intestin complètement libre en dessous, d'où barrière à l'extension de l'inflammation lorsqu'il y a suppuration ou foyer hémorrhagique sur le trajet de l'incision.

5° Obstacles mécaniques extérieurs à l'intestin :

a) Brides péritonéales.

b) Compression d'un bandage trop serré.

c) Hernie étranglée.

d) Foyer hémorrhagique ou purulent. Dans le premier cas, la circulation des gaz et des matières intestinales se rétablit au fur et à mesure que le sang se résorbe : on y aide par une pression méthodique (2). Dans le second cas il faut donner issue au pus au plus tôt.

6° Soulèvement du rectum par le ligament large du côté gauche, dont l'ovaire est le plus généralement affecté, d'après Kœberlé. Lorsque le pédicule est attiré au-dehors ou fixé entre les lèvres de la plaie, il est d'autant plus tiraillé que le ventre est plus gonflé : il entraîne et soulève le ligament large en même temps que la partie supérieure du rectum qui passe par-dessus le ligament et est obligé de se refléchir sur son rebord à angle d'autant plus aigu que la traction est plus forte, sauf disposition

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 565.
(2) *Opérat. d'ovariotomie*, obs. V.

individuelle particulière : de là obstacle à l'introduction des canules qui arcboutent contre l'angle de réflexion de l'intestin. Les anses de l'intestin grêle distendues par les gaz augmentent en ce point l'aplatissement et les difficultés du passage : d'où Kœberlé conclut qu'il se gardera de fixer entre les lèvres de la plaie le ligament large (pédicule ovarique) du côté gauche à moins qu'il n'ait une longueur considérable : s'il est court, il aura grand soin de ne pas l'attirer au-dehors. Ch. Clay et Lane laissent toujours l'extrémité mortifiée du pédicule et de la ligature dans la cavité abdominale et disposent les fils dans l'angle inférieur de la plaie : ils ont ainsi obtenu de magnifiques résultats. La profondeur des ligatures des parties destinées à se mortifier, le contact et l'introduction de l'air dans la cavité péritonéale, la présence de corps étrangers ne doivent pas inquiéter quand on a soin de ménager une libre issue au pus des parties mortifiées et de favoriser la formation d'adhérences solides des parties qui circonscrivent la cavité suppurante. Dans les 2e, 3e et 6e observations de Kœberlé, les serre-nœuds plongeaient à 2 et 9 centimètres dans la cavité péritonéale : il y a eu guérison sans péritonite bien étendue.

3. Dans les cas où les moyens simples déjà indiqués ne réussissent pas à vaincre la tympanite, Kœberlé conseille (1) de ponctionner l'intestin avec un trocart suffisamment large. Les intestins paralysés en quelque sorte par l'inflammation péritonéale et leur distension extrême, sont remplis de liquide dans les parties déclives de leurs anses. En pareil cas, les purgatifs sont inefficaces. Il faut une évacuation naturelle des gaz par le rectum ou par une ponction. Alors ces organes revenus sur eux-mêmes retrouvent leurs contractions péristaltiques impossibles ou incomplètes auparavant, chassent leur contenu et fonctionnent normalement.

Le docteur Gietl, de Munich, en 1849, dans un cas où d'énormes tumeurs intéressant les deux ovaires avaient, par la compression, amené une interruption des matières intestinales et une pneumatose qui compromettait la vie par le refoulement du diaphragme, fit ponctionner la région du cœcum avec un trocart explorateur : l'opération fut répétée une à deux

(1) *Opérat. d'ovariotomie*, p. 115, note.

fois par jour, une cinquantaine de fois. A l'autopsie, on trouva à peine des traces de cette opération.

Le docteur Stein Jules, de Beyrouth, a obtenu le même succès relatif (soulagement) sans accidents dûs à l'opération, chez un homme. C'est là, conclut-il, un remède palliatif qu'on ne peut remplacer par aucun autre et qui, néanmoins, n'est préconisé que par Fonssagrives, en France, Oppolzer, Schuch et Streubel, en Allemagne (1). Il en oublie, comme nous venons de le voir : Récamier, Nélaton, Blache et Velpeau avaient déjà pratiqué cette opération en France (2). On peut utiliser pour cette ponction le trocart aspirateur de Dieulafoy, ou mieux, l'*aiguille porte-canule* d'Huguier (3).

L'électrisation (rectum et épigastre) essayée par Labbé (4) ne lui a pas réussi.

Quand il y a rétention de gaz incoercible, il faut se décider à mettre l'anse intestinale à découvert. Kœberlé aurait peut-être pu de cette façon, dit-il, guérir ses opérées VII et XXIII auxquelles cet accident était arrivé. Toujours est-il que Duménil, de Rouen, en 1867, a sauvé sa malade en lui ouvrant l'intestin (5). Après une ponction capillaire inutile et inoffensive, il pratiqua l'anus contre nature, déchira les adhérences, ouvrit l'intestin et plus tard, après guérison, autoplastia d'après le procédé de Velpeau.

Dans la pneumatôse stomacale avec symptômes sérieux on doit employer la sonde œsophagienne (6).

La tympanite intestinale peut se compliquer de *tympanite péritonéale* comme dans l'ovariotomie du 16 août de Kœberlé, dans laquelle il fut impossible d'expulser complètement l'air de la cavité abdominale par suite

(1) Voyez *Deutsches Archiv.* — *Revue de thérapeutique* et *Archives médicales militaires belges*, deuxième série, t. XI, sixième fascicule, juin 1870, p. 434.

(2) Académie de médecine, 11 juillet 1871. — *Gazette hebdomadaire*, 1871, n° 24, p. 380.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 1871, n° 25, p. 398. — Académie de médecine, 18 juillet 1871.

(4) Nardou-Durosier, *loc. cit.*, p. 22.

(5) *Gazette des hôpitaux*, 1867. p. 91. — *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1867, deuxième série, 8, p. 542. *Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 77.

(6) Kœberlé. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 507, obs. LX.

de l'écartement des côtes. Kœberlé dut donner issue aux gaz péritonéaux en portant le doigt au-devant du pédicule et en rompant les adhérences.

Cette tympanite, conséquence de la décomposition putride d'un foyer séro-purulent, n'a pas été signalée avant Kœberlé, elle est d'ailleurs souvent masquée par la tympanite intestinale (1).

10. Ténesme ou spasme des sphincters anal et uréthral.

1. Nous avons vu que la tympanite stomacale et intestinale peut produire des contractions spasmodiques des sphincters de l'anus. Le sphincter de l'urèthre peut subir la même influence.

2. Ce ténesme ne doit pas inspirer d'inquiétude et doit être combattu comme nous l'avons vu.

3. Il ne faut néanmoins pas oublier qu'il peut aussi être lié à la pelvi-péritonite inévitable après l'ovariotomie (2), comme aussi à une collection de liquide dans le cul-de-sac utéro-rectal (3).

11. Congestion cérébrale et pulmonaire.

1. La gêne circulatoire provoquée par la ligature de la tumeur ovarique, paraît expliquer d'après Kœberlé la congestion cérébrale et l'engouement pulmonaire qu'il eut occasion d'observer (4) et qui ne sont relatés qu'une seule fois comme cas de mort dans la statistique de Clay.

2. Dans un cas de bronchite très-grave qui compromit la vie de l'opérée au septième jour, Kœberlé eut recours au musc qui amena dit-il, une amélioration extraordinaire (5).

12. Tranchées, crampes utérines.

1. Quand elles ne sont pas dues à la fluxion cataméniale imminente, comme lorsqu'on opère un ou deux jours avant le jour des menstrues ou

(1) NARDOU-DUROSIER, *loc. cit.*, pp. 36, 37, 39, 40. — *Gaz. des hôp.*, n° 110, septembre 1867.
(2) KOEBERLÉ. *Opér. d'ovariot.*, p. 74.
(3) *Ibid.*, p. 21.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 199, obs. XXVI.
(5) *Opérations d'ovariotomie.*

immédiatement après, elles sont provoquées par la ligature du pédicule, la constriction des nerfs qui se rendent à l'ovaire avec irradiation de la douleur vers la région lombaire du côté correspondant à l'ovaire malade, dans l'aine et la cuisse. La constriction de la trompe, donne surtout lieu à des crampes utérines analogues, pour l'opérée, à celles que provoque le flux cataménial (1) ou aux douleurs hypogastriques qui suivent les couches.

2. Ces crampes sont rarement violentes, ne s'observent pas dans tous les cas et se calment toujours peu à peu.

3. On peut recourir au chloroforme administré à chaque accès. Kœberlé prétend avoir toujours réussi par ce moyen.

13. Ecoulement sanguin génital.

1. L'apparition anticipée de l'époque menstruelle est fréquente après l'ovariotomie : Péan l'a souvent observée et la considère comme un des symptômes des plus favorables (2). Nélaton a vu chez une de ses opérées le sang s'échapper à la fois par les organes sexuels et par la cicatrice à l'époque des règles (3). Dans un cas rapporté par Bryant (4), l'écoulement menstruel se fit pendant quatre périodes consécutives par le pédicule compris dans la cicatrice de la plaie abdominale et chaque fois dura deux jours; alors la menstruation cessa pendant deux mois, pour se rétablir d'une manière constante par le pédicule, de juin 1865 jusqu'en octobre 1868.

Chez la cinquième opérée de Desgranges (5), les règles ont apparu le sixième jour et ont coulé abondamment et sans douleurs pendant six jours. Chez sa première opérée, guérie également, elles avaient apparu au seizième jour.

2. Un écoulement sanguin s'opère chez la plupart des opérées, dit Kœberlé, on doit le considérer comme une épistaxis de la matrice : elle n'est pas en rapport avec l'ovulation puisqu'on peut voir le phénomène

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1869, p. 42. Ovariotomie LXVII.
(2) *Loc. cit.*, deuxième édition, p. 135.
(3) Delstanche, *loc. cit.*, p. 417.
(4) *Guy's Hosp. Rep.* XIV, 216, 1869.
(5) Christot. *Ovariotomies pratiquées par M. Desgranges.* Lyon, 1867, p. 13 et 21.

après l'ablation des deux ovaires : il est dû à la congestion utérine provoquée par la ligature des vaisseaux du pédicule probablement (1) ou par l'irritation des organes pelviens (2). Il a vu néanmoins les menstrues continuer chez une femme ou les ovaires étaient restés mais où la matrice avait été enlevée (3).

En général Kœberlé ne se préoccupe guère de la période menstruelle lors d'une ovariotomie à pratiquer; mais il recommande néanmoins de tenir compte du préjugé à cet égard. Plusieurs fois il est tombé sur le jour même où les règles se sont déclarées et n'a pas remarqué que cela ait eu de l'influence sur les suites de l'opération (4).

14. Œdème.

1. On voit souvent survenir comme accident, à la suite de l'ovariotomie, l'œdème douloureux de l'un des membres inférieurs, mais il disparaît rapidement par l'usage des topiques locaux (5).

2. Dans son observation XXXIII, Kœberlé rapporta à une affection rhumatismale, parce que l'opérée l'avait déjà présenté à plusieurs reprises antérieurement à l'ovariotomie, un œdème de la jambe gauche qui se manifesta au douzième jour et remonta peu à peu jusqu'à la hanche. La chaleur sèche et l'acétate de potasse à l'intérieur le firent disparaître (6).

§ 2. ACCIDENTS LOCAUX.

1. Douleurs après l'opération.

1. Le plus souvent les douleurs sont supportables et durent rarement plus de six à douze heures; aussi Kœberlé recommande-t-il (7) de ne

(1) Observation XV.
(2) Observation L. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 383.
(3) Rem. sur l'obs. XXIII. *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 127.
(4) Observation L. *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 383.
(5) PÉAN, 2e édition, p. 148.
(6) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 462.
(7) *Ibid.*, 1866, p. 455.

recourir à la morphine que dans les cas exceptionnels (5 à 10 centigr.).

2. Dans 4 cas, l'ovariotomiste de Strasbourg a employé avec succès les sulfites alcalins en potion et à l'extérieur, d'après les médications préconisées par Polli (1).

En Allemagne on recourt généralement dans ce cas à des injections hypodermiques de morphine : 1/6, 1/4, 1/3 de grain (2).

En pareille occurrence, Desgranges prescrivit (3) :

En boisson : de l'infusion de feuilles d'oranger;

En potion : ℞ aq. lact.	. . . .	60 grammes.
» lauro-ceras	. .	10 »
Muriat morphin.	. .	10 centigrammes.
Syr. nymph.	. . .	30 grammes.

3. Pour les douleurs accusées dans l'abdomen et pendant la miction, Labbé prescrit un demi-lavement avec dix gouttes de laudanum et seize gouttes d'extrait thébaïque (4).

4. Les douleurs erratiques qui, chez les personnes nerveuses surtout, s'emparent quelquefois d'un membre, réclament quelques frictions calmantes : liniment chloroformé ou laudanisé.

D'autres fois, des douleurs lombaires rendent le décubitus dorsal insupportable : on place sous les reins un coussinet, un linge plié en plusieurs doubles. Parfois un léger déplacement d'un membre ou du corps suffit pour soulager (5).

2. *Hémorrhagie.*

1. On la prévient en suivant minutieusement les conseils que nous avons énumérés plus haut lorsqu'il s'agissait de la section du pédicule et des adhérences.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 455.
(2) Thulésius, *Deutsch Klin.*, 1867, p. 408. — G. Simon, *ibid.*, 1868, p. 10.
(3) Observation VI, *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 584.
(4) Nardou-Durosier, *loc. cit.*, p. 27.
(5) Bailly *loc. cit.*, p. 51.

2. La statistique de Clay renseigne :

24 cas de morts sur 119 causés par hémorrhagie consécutive et celle de Negroni :

5 » » 65

Soit 29 » » 184 ou 15,7 %.

3. L'hémorrhagie de l'incision abdominale est rarement inquiétante. Cependant Bayless a perdu une malade de cette façon (Amérique) (1).

4. Généralement les hémorrhagies pendant l'opération sont assez rares. B. Brown et Martin en ont observé (2) : la vascularisation excessive du kyste expose à ce danger. Lizars et Dieffenbach ont rapporté chacun un exemple où l'opération dut être interrompue à cause de cet accident (3).

5. Kœberlé eut deux fois à s'opposer à l'hémorrhagie consécutive se faisant par l'artère ovarique. Dans le second cas (4), il parvint à l'arrêter par la compression médiate latérale, c'est-à-dire en comprimant fortement les tissus de chaque côté du pédicule. En augmentant la compression externe on eut provoqué une hémorrhagie interne : la plaie fut débarrassée des caillots et de la charpie, et on introduisit jusqu'au fond une simple mèche imbibée d'eau de Pagliari. La compression fut maintenue pendant une demi-heure.

Dans le premier cas (5), l'hémorrhagie céda un moment à l'application de l'eau de Pagliari, mais résista ensuite à la compression méthodique, à l'eau glacée, au perchlorure de fer. Un tamponnement méthodique, dans l'espace infundibuliforme de l'extrémité inférieure de la cicatrice par où s'opérait l'hémorrhagie, au moyen de charpie imbibée d'eau de Pagliari, de compresses superposées maintenues par un bandage de corps serré, d'un poids de 1 kilogramme placé sur cet appareil à l'effet d'opérer une

(1) Boinet, *Maladies des ovaires*, p. 404. — Herrera-Vegas, *loc. cit.*, p. 117.

(2) V. *Leç. clin.* de Velpeau, *in Union medic.*, 2e série, t. XII, 1861, *opérat. pratiq.*, par B. Brown, le 26 novembre 1861.

(3) Pellegrin, *Ueber die Ursach. der Gefahr und des tödliches ausganges, während oder nach der operat. der ovariot.* Strasb., thèse, 1862.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 463, observation LVI.

(5) *Opérations d'ovariotomie*, p. 59, observation VI. — Académie des sciences, 16 février 1863. — *Gazette hebdomadaire*, 1863, 138.

pression continue, et de deux vessies de glace placées sur l'abdomen, ne parvint pas encore à arrêter définitivement l'hémorrhagie qui se renouvela à diverses reprises et d'une façon tellement inquiétante, que Kœberlé se décida à un moyen radical pour l'enrayer. Il défit rapidement l'appareil de pansement, quoique avec précaution cependant. La partie inférieure infundibuliforme de la cicatrice renfermait un caillot du milieu duquel venait sourdre le sang artériel. Il introduisit les doigts de ses deux mains qu'il écarta avec effort et déchira violemment la cicatrice de manière à obtenir une ouverture de 10 centimètres. Opérant alors brusquement avec la main gauche une violente compression très-douloureusement ressentie par la patiente, sur le trajet de l'artère ovarique, il introduisit deux doigts de la main droite dans la cavité péritonéale dont il retira deux caillots volumineux et les détritus des caillots. Il arracha en même temps le pédicule de la paroi abdominale à laquelle il se trouvait encore en partie fixé. Il saisit en travers, dans la profondeur de la plaie, avec une pince à pansement, l'artère en portant la compression à ses dernières limites pour produire la mortification des tissus saisis. La douleur et l'hémorrhagie cessèrent immédiatement.... Il laissa revenir la plaie sur elle-même, la pince plongeant dans la cavité abdominale à une profondeur de 6 centimètres. La femme guérit au troisième jour; la guérison ne fut retardée que de quelques jours; l'accident était survenu au quatorzième jour de l'opération.

6. Dans ces deux observations de Kœberlé (IV[e] et LVI[e]) l'hémorrhagie se déclara à la suite de violents efforts pour aller à selle. Quand le pédicule s'est détaché de bonne heure, l'opérée doit éviter autant que possible de faire des efforts quelconques. Si le pédicule est court et se trouve soumis à une traction prononcée, il faut relâcher progressivement cette traction en abandonnant peu à peu le pédicule à lui-même avant qu'il ne se détache (1).

3. *Erysipèle.*

1. Il n'est renseigné comme cause de mort qu'une fois dans la statistique de Negroni : nulle dans celles de Clay et de Kœberlé.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 463, observation LVI de KOEBERLÉ.

2. La sérosité péritonéale peut amener l'érysipèle sur le pourtour de la plaie résultant de l'incision : les bords de la plaie doivent alors, comme le recommande Kœberlé (1), être touchés avec le perchlorure de fer à 40° pour s'opposer à l'absorption des liquides décomposés. On borne et on enraie l'envahissement de l'érysipèle par une application de teinture d'iode d'une largeur d'un travers de doigt (mi-partie sur chaque côté de la limite de la surface enflammée qu'on couvre elle-même de quelques rayures de teinture d'iode). On répète l'application iodée trois fois par jour en poursuivant l'érysipèle là où il ne se limite pas.

On doit également, en suivant toujours les conseils du même chirurgien (2), lorsque pour donner issue au sang putréfié on a pratiqué une petite incision, imbiber la petite plaie avec du perchlorure de fer concentré pour empêcher l'absorption et éviter l'érysipèle qui se développe si facilement dans ces circonstances.

3. On voit souvent aussi l'érysipèle compliquer la septicémie commençante (3).

4. Diphtérite de la plaie.

1. On a eu quelquefois l'occasion de l'observer.

2. Il faut la combattre par des injections et des lotions d'une solution concentrée de chlorate de potasse (8 %) (4).

5. Fistules. — Abcès.

1. Nous avons vu que des fistules peuvent s'établir avec le rectum ou la vessie. Dans la 7e observation de Stilling (5), il y eut abcès du pédicule et perforation de la vessie, d'où écoulement de cette matière avec l'urine, mais celle-ci ne reflua pas dans la cavité abcédée ou dans le ventre. Dans

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 99, observation XXXV et *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 46.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 465.

(3) *Ibid.*, p. 191, observation XXV de Koeberlé.

(4) Koeberlé, *Opérations d'ovariotomie*, p. 125.

(5) *Loc. cit.*, p. 145.

une ovariotomie de Bryant (1), le pédicule fut coupé court et abandonné dans le ventre : l'angle inférieur de la plaie se rouvrit et il s'établit en cet endroit même un anus contre nature : il se ferma quatre jours après pour se rouvrir une semaine plus tard également d'une manière spontanée jusqu'à ce que la ligature du pédicule vint à sortir par la plaie : après quoi l'anus se ferma et la malade guérit pour toujours. Chez une femme de 61 ans ovariotomisée par Liégeois (2), le retrait du pédicule, après la chute du clamp, détermina une sorte d'infundibulum qui communiquait avec la trompe, ce qui, dans les premiers jours, détermina par le vagin l'écoulement d'un liquide sanieux, ichoreux, fétide. Le même phénomène s'est présenté au 15ᵉ jour de l'opération chez la malade du Docteur Panas qui l'expliquait en supposant le liquide péritonéal, accumulé dans l'excavation pelvienne, aspiré par la trompe coupée à la façon d'un siphon (3). Il peut aussi arriver que pendant l'opération une petite portion du vagin soit intéressée à l'endroit du cul-de-sac postérieur et livre ainsi passage au liquide.

2. Il peut, après cautérisation de la plaie, se former un point fistuleux laissant écouler à chaque menstruation huit à dix gouttes de sang, mais cela n'entraine qu'un inconvénient de peu d'importance.

3. Un abcès peut se former dans la plaie abdominale (4). Il faut, en ce cas, enlever un ou deux points de suture, vider le foyer et attendre une réunion par seconde intention.

6. *Péritonite.*

« 1. Le grand danger qu'il faut prévoir de longue main, dit Butcher (5), du moment où le bistouri a fait sa première incision, c'est l'inflammation : inflammation de la peau à caractères érysipélateux, inflammation des

(1) *Guy's Hosp. Rep.*, XIV, p. 216, 1869.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1870, p. 352. Séance de la Société de chirurgie, 22 juin 1870.

(3) Société de chirurgie. Séance du 11 juin 1871. *Gazette des hôpitaux*, 1871, p. 350.

(4) V. observation II, du mémoire de PÉAN (1869) et opération du 22 juin 1869, de DEMARQUAY, in *Mouvement médical*.

(5) *Loc. cit.*, pp. 30 à 32.

tissus profonds à caractère diffus, inflammation du péritoine si souvent cause de la mort après cette opération (1). Le péritoine doit être soigneusement surveillé, car ici tout est insidieux à cause de la condition de pauvreté vitale de la malade. La pression sur l'abdomen, l'état du pouls n'apprennent pas les premiers symptômes. La respiration interrogée est la fonction qui donne les meilleurs renseignements. Si, en faisant respirer profondément la malade, elle se plaint de malaise, de douleur dans l'incision ou dans le voisinage, il faut prendre garde. Une pression forte, profonde autour de l'incision amène de la douleur. Les maux de cœur ne sont pas le premier symptôme et le pouls, d'une tranquillité trompeuse, peut laisser le chirurgien s'endormir dans une fausse sécurité. Alors la vie de la patiente est en danger. »

2. La péritonite primitive, aiguë, est effectivement des plus insidieuses et on serait loin de compte, si on s'en rapportait à cet égard à l'affirmation de J. Worms, qui avance que la péritonite apparaît, comme toujours, avec son impétuosité formidable (2).

Le frisson initial manque souvent.

Elle survient rarement du premier au troisième jour, souvent c'est pendant le troisième jour (Kœberlé) ou du troisième au septième (Clay) (3).

Comme le remarque judicieusement Butcher, on ne peut et on ne doit pas se fier au pouls qui présente des oscillations variables et ne marque une grande fréquence que lorsque l'issue fatale est près d'arriver. D'autre part Sp. Wells fait remarquer (4) que la grande fréquence du pouls qui se montre souvent après l'opération, n'est nullement, chez beaucoup de malades, symptomatique de la péritonite, mais paraît tenir uniquement au déplacement que subit le cœur.

(1) Sur :

	119	morts	renseignées avec leurs causes	dans la statistique de	CLAY,	64	succombèrent	à la péritonite.
	65	»	»	»	NEGRONI,	36	»	»
	24	»	»	»	KOEBERLÉ,	5	»	»
	38	»	»	»	ATLEE,	12	»	»
	34	»	»	»	LASKOWSKI,	18	»	»
Donc sur	280	»	»	»		135	»	ou 48,2 %

(2) NARDOU-DUROSIER, thèse citée, p. 8.

(3) *Ibid.*

(4) *Dubl. Quart. J. of med. sc.*, nov. 1859.

Le premier symptôme qui doit éveiller l'attention est la tympanite avec ou sans vomissement initial, et *survenant brusquement* (1).

De même que la tympanite peut exister pour son propre compte, c'est-à-dire ne signifier en rien la péritonite et persister même pendant un temps très-considérable (2), de même aussi cet excellent signe de diagnostic peut manquer (3). Gaillardon a donc tort, dans sa thèse inaugurale (4), de ne pas mentionner ce symptôme qui reste le meilleur de la péritonite au début; cet auteur va même jusqu'à dire que le ventre ne se ballonne pas dans les derniers moments : les deux observations de Labbé prouvent le contraire (5).

Le vomissement quand il existe, se fait sans efforts et sans fatigue pour la malade : ordinairement bilieux ou simplement glaireux, il n'a de valeur que lorsqu'il coïncide avec la tympanite et qu'il se répète un grand nombre de fois; il survient souvent vers la fin de la maladie.

Pendant tout le cours de la péritonite, les malades souffrent d'éructations inodores ou à odeur de gaz sulfuré.

Comme Butcher le fait remarquer, l'élément douloureux est nul ou presque nul dans cette péritonite des ovariotomisées, qui diffère singulièrement en cela de celle qui se développe en d'autres circonstances.

Les symptômes généraux sont ordinairement peu accusés et la réaction générale est peu vive.

La constipation est de règle (6).

3. La *durée* peut être excessivement courte, les malades peuvent mourir au bout d'un ou deux jours du début des accidents; d'autres quatre ou cinq jours après, c'est-à-dire à la fin du premier septenaire, rarement plus tard.

4. Elle se termine habituellement par la mort.

5. A l'*autopsie* on constate des lésions ressemblant à celles d'une péri-

(1) Boinet, *Maladies des ovaires*, p. 408. — Ovariotomie de Labbé (10 octobre 1868).

(2) Nardou-Durosier, observation Ire. — *Ovariotomie*.

(3) *Ibd.*, Observation Parisse, p. 29.

(4) 6 avril 1863, n° 74, p. 42.

(5) Nardou-Durosier. — Observation de Labbé.

(6) Nardou-Durosier, *loc. cit.*, p. 48

tonite puerpérale : injection, rougeur du péritoine, boursoufflement des lèvres de la plaie, fausses membranes agglutinant les intestins, pus dans la cavité péritonéale, etc.

6. On considère comme *causes* pouvant exposer au développement de la péritonite primitive, l'existence d'adhérences nombreuses et intimes qui nécessitent pour leur séparation de fréquentes éraillures de la séreuse, surtout celles qui font adhérer la matrice, le foie ou le mésentère à la tumeur (Kœberlé).

Le poids de la tumeur doit être pris jusqu'à un certain point en considération, car les statistiques prouvent qu'en général la fréquence de la péritonite est en rapport avec le volume plus considérable de la tumeur (V. statistique de Kœberlé).

L'état de santé de la malade, son âge, son état moral au moment de l'opération, et l'existence de complications, doivent également entrer en ligne de compte.

Quant aux causes inhérentes à l'opération elle-même, on doit mentionner :

1° La longueur de l'incision. — Sp. Wells pense qu'on évitera toute chance d'insuccès eu égard à l'incision en ne la prolongeant pas au-dessus de l'ombilic (1).

2° Les pertes de sang. (V. statistique de Kœberlé).

3° Le mode de suture. — Quoiqu'il soit difficile de juger d'après les résultats obtenus par les principaux ovariotomistes, quel degré d'influence ce mode peut avoir sur le développement de la péritonite, nous pensons néanmoins qu'il est préférable de comprendre le péritoine dans la suture : on peut être aussi affirmatif pour :

4° Les ligatures perdues des vaisseaux, mais surtout du pédicule, pratique d'ailleurs presque totalement abandonnée aujourd'hui.

5° D'après Kœberlé la mortalité de l'ovariotomie est très-exactement proportionnée à la durée de l'opération (Voir sa statistique).

Les imprudences des malades pendant les jours qui suivent l'opé-

(1) Nardou-Durosier, *loc. cit.*, p. 71.

ration (1) le manque de soins, le lieu où l'on opère doivent également être rappelés comme pouvant dans certaines conditions prédisposer gravement à la péritonite.

Il est enfin des cas où l'on ne peut invoquer que la susceptibilité individuelle.

7. La péritonite n'est pas toujours à beaucoup près primitive : elle est fréquemment aussi consécutive à divers accidents au nombre desquels il faut citer en premier lieu l'hémorrhagie parfois provoquée par les vomissements chloroformiques : la décomposition du sang et du liquide kystique demeuré dans la cavité péritonéale, la formation d'abcès dans les ligaments larges ou dans un point de la cavité du péritoine, la suppuration de la plaie extérieure et du pédicule.

Il y a très-peu de péritonites secondaires en Angleterre (3 sur 74 opérations de Spencer Wells), mais elle est fort fréquente en France : d'après Gayet de Lyon (2) cela tiendrait au climat et à la race : nous devons plutôt admettre que c'est parce qu'on opère dans de pires conditions en France, où l'on ne recourt généralement à l'ovariotomie qu'*in extremis*. D'un autre côté, les anglais n'emploient jamais la glace sur le ventre, ce que fait toujours Kœberlé.

8. *Traitement préventif.* — 1° Il est d'abord essentiel de mettre en usage tout ce qui peut faire éviter une aussi terrible complication, en se rappelant tout ce qui a été dit du régime auquel il faut soumettre les malades avant de leur faire subir l'opération, le soin que l'on doit mettre pour poser rigoureusement les indications de l'ovariotomie, le diagnostic le plus minutieux, le mode opératoire, etc.

2° L'opération terminée, il faut tenir rigoureusement la main à ce que les plus strictes précautions soient prises autour de la malade et par celle-ci elle-même ; prévenir par tous les moyens les mouvements fluxionnaires de l'abdomen, empêcher les mouvements ou tiraillements dans le bas-ventre qui pourraient faire rentrer le pédicule, rompre les adhérences salutaires de la plaie ou autres et provoquer ainsi, par le déplacement réitéré des

(1) Observation de BOINET. *Malad. des ovaires*, p. 436.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 487.

organes, une hémorrhagie et la péritonite; assurer le repos aussi complet que possible de l'opérée; apporter le plus grand soin dans le pansement pour éviter la suppuration, la putréfaction du pédicule; veiller à la propreté de la chambre, et au renouvellement de l'air.

3° La péritonite est rare, dit Kœberlé (1) quand le pédicule est maintenu à l'extérieur; il se dessèche spontanément comme le cordon ombilical quand il n'est pas trop imbibé d'humidité : le perchlorure de fer appliqué immédiatement après l'opération momifie les tissus et les rend imputrescibles jusqu'à la formation d'adhérences, puis s'oppose à l'hémorrhagie.

4° Le même auteur donne le conseil de faire prendre aux malades une position semi-assise pour faire dériver dans le bassin les liquides qui se sont amassés après l'opération et combattre l'inflammation : ils sont repris par les tubes de verre et l'aspiration au moyen d'une sonde qu'on introduit dans la cavité pelvienne, ou par tout autre moyen : quand il y a malaise accusé par l'opérée, le toucher rectal et vaginal doit être pratiqué pour s'assurer qu'il n'y a pas de foyer purulent et il faut surtout insister sur la position; car sans cela, la collection, s'il en existe, peut détacher les adhérences saignantes par la compression qu'elle exerce et fuser dans le péritoine.

5° L'inflammation des vaisseaux ovariques peut amener une péritonite locale. Or, Kœberlé n'a pas hésité (2) à intervenir au commencement de la péritonite en créant une issue à la sérosité en voie de formation avant qu'elle ait pu fuser au loin et donner lieu à une péritonite générale et avant qu'elle soit devenue septique après avoir subi une décomposition avancée. Pour cela, il fit une incision de 7 centimètres au centre de la matité, disséqua attentivement les plans musculaires successifs pour éviter le nerf iléo-hypogastrique et l'hémorrhagie : la sérosité épanchée fut totalement extraite à l'aide d'une canule, puis un tube de 10 centimètres de long servit de communication entre le dehors et la cavité péritonéale après qu'on eut retiré la mèche de charpie qui avait servi au même usage les deux ou trois premiers jours.

6° Un abcès peut également se former par suite de l'inflammation des

(1) *Operat. d'ovariotomie*, p. 27.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1867, p. 98, XXXVe observation.

vaisseaux et glandes lymphatiques de l'ovaire excisé et s'ouvrir dans l'intestin ou au dehors. Dans l'observation XXVII (1) de Kœberlé, il se forma un kyste sous-péritonéal dans le ligament large; il provenait probablement d'un vaisseau lymphatique dilaté, il donna lieu à des collections purulentes lymphatiques qu'on dut ouvrir à différentes reprises et qui, la dernière fois, donna issue à près de 3 litres de pus infect. L'ouverture fut maintenue largement ouverte; on y fit des injections détersives (de sulfite de soude) et iodées : il y eut guérison.

Les abcès du ligament large du côté de l'ovaire extirpé sont assez fréquents, ils s'ouvrent ordinairement dans l'angle inférieur de la plaie, mais quelquefois aussi dans l'intestin, le vagin, la vessie, ou provoquent une péritonite générale (2).

Dans l'observation XXIX de Kœberlé (3), il y eut foyer purulent entre la vessie et la matrice, et le pus se décomposa : il se produisit des gaz putrides qui firent irruption dans la cavité péritonéale à la suite d'un purgatif (intestins vidés). Il se développa une tympanite péritonéale avec mort rapide. On attribue souvent (à l'autopsie) la présence de ces gaz putrides à la décomposition cadavérique. Comme nous l'avons déjà dit, cette tympanite péritonéale fut signalée pour la première fois par Kœberlé. Le foyer ne fut pas reconnu parce qu'il était masqué par une tumeur utérine : sans cela on eut pu l'évacuer et peut-être sauver la malade.

Dans le cas de péritonite, quand il y a collection de liquide, l'ouverture de la cavité péritonéale ne présente pas, à beaucoup près, la même gravité que lorsque le péritoine est sain. Les pseudo-membranes qui agglutinent les anses intestinales en cas d'inflammation ont rendu possible entre elles la formation de cavités circonscrites dans lesquelles sont accumulés les liquides exsudés. En décollant les anses intestinales dans une étendue limitée on ouvre les foyers de liquide séreux ou purulent sans intéresser le reste de la cavité péritonéale. Une fois ces liquides évacués, rien n'empêche de laver le foyer par des injections d'eau et de solution de sulfite

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 266.
(2) KOEBERLÉ, obs. XX. *Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 554.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 1867, p. 437.

de soude ou d'acide phénique (1); il vaut toujours mieux en cas d'épanchement abdominal, recourir à l'incision abdominale qu'à la ponction (2), car on donne ainsi une issue libre et durable aux liquides. Kœberlé regrette de ne pas y avoir eu recours pour l'opérée LXXI qu'il aurait guérie, prétend-il, en laissant moins séjourner les collections purulentes qui se formaient à chaque instant dans la cavité abdominale (3).

Lorsqu'une douleur violente et une tuméfaction fluctuante se manifestent dans le cul-de-sac postérieur du vagin, il faut, dit Wells (4), y plonger un trocart et laisser une sonde à demeure dans le petit bassin. C'est aussi la conduite que tint Keith dans un cas analogue (5), en 1863, au 16e jour d'une ovariotomie. Sa malade guérit en six semaines.

9. *Traitement curatif.* La péritonite est déclarée : que faire?

Baker-Brown a préconisé les émissions sanguines (6) dans la forme franchement inflammatoire; T. Smith à la saignée associe le calomel et l'opium, dernier médicament que repousse Baker-Brown.

Gray Hewitt le conseille, au contraire, à petites doses avec des fomentations sur l'abdomen et un régime réparateur.

Butcher suit les mêmes errements. Il repousse la saignée et accorde toute confiance au calomel associé à l'opium (un grain de chaque toutes les deux heures) avec des stimulants et de la nourriture : brandy et eau fraîche toutes les deux heures pour dissoudre les pilules : thé de bœuf toutes les trois heures par petites tasses. L'inflammation est ici sourde, rapide, destructive. Les stimulants sont nécessaires pour soutenir les forces vitales jusqu'au moment où les médicaments spécifiques auront déterminé leur influence. L'usage de l'opium peut être continué longtemps après que le calomel a amené la salivation qui doit le faire suspendre (7).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 46.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1869, n° 20, observation LXIX.
(3) *Ibid.*, p. 119.
(4) *Gazette hebdomadaire*, 1865, 663. — *The Med. T. and Gazette*, 1865, sept. 30.
(5) *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 552 (COURTY). — HERRERA VEGAS, *loc. cit.*, p. 191.
(6) NARDOU-DUROSIER, *loc. cit*, p. 106. — B. BROWN, *loc. cit.*, chap. V. — HERRERA-VEGAS, thèse citée, p. 116.
(7) BUTCHER, *loc. cit.*, pp. 30, 32.

Spencer Wells recommande de hautes doses de sulfate de quinine (1). Il considère les antiphlogistiques, généralement employés, comme superflus ou même nuisibles dans le plus grand nombre de cas (2).

En France, le traitement de la péritonite ne diffère pas de celui qu'on institue pour la péritonite ordinaire, en le modifiant, cela va sans dire, d'après les circonstances spéciales dans lesquelles on se trouve placé.

10. Quoi qu'il en soit des moyens mis en usage, nous le répétons, la terminaison de la péritonite des ovariotomisées est pour ainsi dire toujours fatale. Il y a plus de chances lorsque la péritonite est circonscrite : c'est dans ces circonstances que Langenbeck a pu obtenir une guérison (3).

APPENDICE.

1. Conduite à tenir dans le cas de rupture des kystes.

Lorsqu'il y a rupture d'un kyste de l'ovaire, Boinet conseille de pratiquer la ponction qu'il trouve indiquée par l'épanchement péritonéal (4).

Cahen cite le fait d'une rupture du kyste dans la cavité péritonéale où il y eut guérison après la paracentèse : les symptômes éprouvés par cette même dame vingt ans plus tard, et où Cahen croit retrouver les allures d'un kyste de l'ovaire, sont trop peu détaillés, disent les auteurs du *Jahresbericht* (5) pour asseoir un jugement définitif.

L'observation de Gautier prouve néanmoins qu'il n'est pas nécessaire de ponctionner le ventre pour obtenir la guérison dans ce cas : il s'est contenté d'appliquer des compresses d'arnica et d'administrer des pilules purgatives diurétiques (6).

Le plus sage est en définitive de s'en tenir au traitement des accidents que détermine l'épanchement du liquide kystique dans la cavité abdomi-

(1) *The med. T. and Gazette*, 1865, septemb. 30.
(2) *Archives générales de médecine*, cinquième série, t. XIV, p. 735, 1859,
(3) *Deutsch. Klin.*, n° 4, 1853. Compte rendu de Gurlt.
(4) *Union médicale*, 1856, p. 521.
(5) *Jahresbericht*, 1870, p. 576.
(6) *Union médicale*, 1856, p. 536.

nale et de se rappeler que la nature s'est souvent servie de cette voie pour amener la cure radicale de ces tumeurs. Ainsi comme le conseille Th. Herpin (1), on prescrira le repos absolu pour éviter des déplacements du liquide épanché et l'augmentation d'étendue de surface péritonéale en contact avec lui, puis on s'appliquera à combattre l'inflammation qui en résulte.

2. Conduite à tenir dans le cas de kyste fœtal (2). (Grossesse ovarique).

Il peut se faire que :

1. *La grossesse marche et se développe sans accidents.* — Pour éviter la rupture du kyste avec ses conséquences, on a conseillé :

1° D'arrêter le développement du fœtus :

a) Par des saignées abondantes (Cazeaux).

b) En le tuant par une aiguille enfoncée dans le kyste.

Avec ces moyens que repousse d'ailleurs la morale, il faut encore évacuer l'enfant, mais par où?

c) Inciser l'abdomen ou le vagin selon le cas pour extraire le fœtus, mais dit Dezeimeris :

2° α) Tout marche régulièrement et rien n'annonce le déplacement du produit.

β) Le fœtus peut périr spontanément et rester sans danger.

γ) Les chances de l'opération ne sont pas plus favorables que celles de la terminaison naturelle de pareille grossesse.

δ) Le diagnostic n'est pas toujours sûr. (En 1828, à Berlin, on fit la gastrotomie pour un amas de matières fécales durcies qui simulaient la tête d'un fœtus).

Ne faites donc rien.

2. *La grossesse soit à son terme et que des phénomènes de travail analogues à ceux de l'accouchement se manifestent.*

a) Si le kyste se rompt, la femme meurt presque certainement.

b) L'enfant abandonné à lui-même périra aussi promptement, même

(1) *Union médicale*, 1856, p. 542.

(2) Voir le travail de MARINUS, *loc. cit.*, pp. 26 à 32.

si on réussit à enrayer le travail et à conserver le kyste intact comme Cazeaux espère qu'on peut le faire par des calmants, des bains, des saignées, l'opium en lavement.

c) Il y a impossibilité de débarrasser complètement l'abdomen du kyste, et d'extraire le placenta sans déchirer les viscères auxquels il adhère.

En se fondant sur ces raisons, Levret et Sabatier redoutent l'hémorrhagie et rejettent la gastrotomie. — Baudelocque admet l'opération et conseille de laisser le placenta se détacher lui-même en retenant le cordon dans la plaie. La putréfaction du placenta serait moins dangereuse que celle de ce même placenta à laquelle d'après Dezeimeris, il faut joindre la décomposition du fœtus si on ne fait pas l'opération, car il n'y a pas alors issue au dehors des fluides putréfiés.

Gardien prétend que la femme périra plus sûrement encore d'hémorrhagie si on ne fait pas l'opération.

Guillemot, Zaïs, Novara, Hofmann rapportent des faits de gastrotomie suivie de succès.

Comme Désormeaux et Velpeau, il faut recourir de bonne heure à l'opération avant l'épuisement de la femme, avant les symptômes de péritonite ou d'inflammation viscérale. Il y a surtout beaucoup de chances quand le kyste adhère aux parois abdominales, sinon on peut provoquer des adhérences (1) par une incision préalable jusqu'au péritoine, puis six à huit jours après, la tumeur s'engage dans les lèvres de la plaie, y adhère et peut être ouverte sans inconvénients.

3. *Le kyste se rompt :*

1° Pendant la grossesse. 2° Sous l'influence du travail.

Dans le premier cas, on pratique la gastrotomie ou l'incision vaginale ou rectale, selon le cas (Désormeaux et Velpeau), on peut débarrasser l'abdomen du plus gros des liquides y épanchés et ménager une issue au fœtus.

Dezeimeris rejette l'opération par la crainte d'une hémorrhagie ou d'accidents nerveux.

Dans le second cas, il faut opérer le plus tôt possible pour éviter sur-

(1) Velpeau d'après Graves.

tout l'épuisement de la femme et l'inflammation des viscères abdominaux.

Dezeimeris attend pour opérer que les accidents nerveux soient passés et que l'hémorrhagie interne ne donne plus de craintes.

La conduite à tenir doit être laissée à l'appréciation du chirurgien.

4. *La rupture soit déjà ancienne* (l'accoucheur a été consulté tard, la malade a refusé l'opération) : *il y a péritonite.*

Désormeaux conseille d'opérer d'après un fait de M. Bouillon, dont l'opérée vécut dix-huit jours. Il vaut mieux chercher à combattre les symptômes inflammatoires et espérer ainsi la formation d'un nouveau kyste et la disparition de tous les symptômes alarmants.

5. *Les accidents aient disparu et que l'élimination ne s'annonce pas.*

On doit s'abstenir, en pareil cas, et attendre que la nature se charge de l'expulsion par l'une ou l'autre voie.

Cazeaux en juge autrement : *a*) S'il y a de vives souffrances, si la femme ne peut suffire à ses besoins, si la tumeur est facilement attaquable par le vagin, il faut opérer.

b) Si la femme est bien portante, il faut laisser faire la nature, tout autorisé qu'on soit à agir d'après le cas favorable de Dubois (1).

6. *Que les débris fœtaux tendent à se faire jour par abcès ou fistule.* Nous avons déjà vu à propos des terminaisons ce qui se passait en pareille occurrence.

On doit faire mûrir les abcès, puis ouvrir, agrandir et panser méthodiquement les fistules, les maintenir ouvertes jusqu'à expulsion complète des débris fœtaux. En général il faut inciser, autant que possible, là où se trouve la partie la plus volumineuse du fœtus. Quand ces débris se font jour par des réservoirs ou des canaux naturels, il faut se conduire suivant le cas.

3. Conduite à suivre en cas de grossesse compliquée de kyste ovarique (2).

1. *Traitement palliatif.* Dirigé contre les symptômes : position horizontale, bandage de corps, laxatifs, évacuation de la vessie par le

(1) Cazeaux, *loc. cit.*, p. 133.

(2) Voir Gust. Jetter, *loc. cit.*

cathétérisme (sonde d'homme lorsque c'est nécessaire), toniques.

2. La vie de la mère est-elle en danger par suite de l'aggravation des symptômes, la ponction est indiquée. Dans les faits d'Emery et Maunoir (1), où elle fut pratiquée six et sept fois pendant la grossesse, et dans les six cas de la statistique de Jetter, où elle fut faite une ou plusieurs fois, il ne s'en suivit pas d'accidents.

Si l'évacuation du produit de la matrice peut seule sauver la mère (tumeur ovarique solide), il faut recourir à l'accouchement prématuré. On y recourut dans huit cas, deux fois pour suffocation imminente.

L'accouchement prématuré pratiqué dans le but d'éviter les difficultés de l'accouchement à terme n'est que rarement indiqué.

Ordinairement le rétrécissement de la cavité pelvienne par la présence de la tumeur ovarique est si grand, que sans refoulement ou évacuation, il n'est guère permis d'espérer un enfant vivant même par l'accouchement prématuré. Mais si la tumeur se laisse refouler ou vider par la ponction, on peut espérer un résultat satisfaisant, car le bassin sera alors à peine rétréci. Il s'ensuit que l'accouchement prématuré est rarement indiqué.

Il n'y a rien à faire pour s'opposer à l'accroissement de la tumeur, car les moyens employés pour la combattre (mercuriaux, iodés, diurétiques drastiques, compression abdominale, vomitifs), outre qu'ils sont inutiles, ne sont pas sans danger pour la grossesse.

En résumé, si un médecin est consulté par une femme grosse affligée en même temps d'un kyste ovarique, il doit chercher à refouler la tumeur sans douleur dans la cavité abdominale et à l'y maintenir par un bandage approprié : il peut ainsi obtenir de bons résultats.

Statistique. *a*) ***Refoulement :*** accouchement sans obstacle, mère et enfant vivants (2).

b) Ponction : une ou plusieurs fois, à diverses époques de la grossesse (3).

(1) *Revue médicale chirurgicale de Paris*, 1847, septembre, p. 131.

(2) GRANVILLE. *Lancet*, 1849. t. II, p. 630.

(3) FOSSE HARDING. *Lond. med. Gaz.*, t. V. 27, p. 168. BESNARD. *Ref. Litzmann.* — BOINET. *Monatschr. für Geburtsk.*, VII, 419, V *Beobacht.* — CHAILLY. *Traité pratique des accouchements*, p. 341. — KRAUSE. *Théorie und Praxis des Geburtsk.* Bd II, p. 77. — MAC LEAN. *Med. and phys. J.*, märz 1862.

Neumann (1) et Baudeloque (2) ponctionnèrent par le vagin avant le début du travail : la malade de Neumann mourut six mois après.

c) Accouchement prématuré : avec succès (3) ;

Avec mort de la mère et de l'enfant (4) ;

Avec mort de la mère (huit jours après par étranglement du kyste dans le grand canal) (5) ;

Avec mort de l'enfant (perforation du crâne nécessaire) (6).

4. Conduite à tenir pendant l'accouchement en cas de grossesse compliquée de kyste ovarique.

L'espèce d'intervention à laquelle on devra s'arrêter en pareille occurrence, dépendra de la situation, de la grosseur, de la mobilité, de la compressibilité et du contenu de la tumeur : d'où autant de règles que de cas.

Accouchement par les seules forces de la nature. On peut l'espérer quand la tumeur n'est ni grosse, ni à contenu épais ; qu'elle est compressible par la tête de l'enfant, que celle ci n'est pas non plus trop volumineuse, et enfin, condition fort rare, que la tumeur soit au-dessus du détroit supérieur.

2. Lorsque le kyste se trouve, au contraire, dans le bassin, la plus longue durée de l'accouchement et la compression de la tête de l'enfant entre la tumeur et la paroi pelvienne feront courir les plus grands dangers au produit. La mère, outre le danger d'un accouchement plus long, aura encore à compter avec la contusion de la tumeur, des organes du bassin et l'inflammation qui en sera la suite. Pendant les douleurs expultrices elle doit redouter la rupture du kyste ou même celle de l'utérus.

3. Le pronostic sera donc fort douteux.

(1) *Introduct. VII*, p. 72.

(2) *Art des accouchements*, § 1966.

(3) Greenhalgh. *Med. Times*, 1813, 12. 67. Lever. *Guy's Hosp. Rep.*. s. II, vol. I, p. 36, case 35.

(4) Höninger und Jacobi. — *Zeitschr. für Geburtsk.* 16, 424.

(5) Hecker. *Monatschr. für Geb.*, VII, 98.

(6) Lee. *Clinic. midwif*, 1848, p. 96, c. 48, part. 3. — Lynch. *Lancet*, 1851, II, p. 353.

4. C'est pourquoi il ne faut pas tarder longtemps à employer les ressources de l'art.

a) Le premier moyen auquel doit penser le médecin lorsqu'il constate la présence d'une tumeur ovarique dans le bassin pendant l'accouchement, c'est le refoulement du kyste au-dessus du détroit supérieur, par le vagin ou le rectum, après avoir vidé la vessie, chloroformé la patiente et dans l'intervalle des douleurs, la main repousse la tumeur vers le côté où elle a débuté : ce refoulement sera facilité en plaçant l'accouchée sur le côté où la tumeur est abaissée (1). La manœuvre achevée, on fait placer la malade sur le côté opposé.

b) Si le refoulement (ou la réduction) échoue, il faut diminuer le volume de la tumeur par une ponction avec un trocart effilé et opérée par le vagin ou le rectum à l'endroit le plus fluctuant : si le contenu est solide, on agrandit l'ouverture par une incision. D'après Velpeau (2), lorsqu'on doit ouvrir un kyste ovarique pour terminer l'accouchement, il faut pratiquer la ponction dans la direction de la tumeur : or, d'après l'observation d'Headland (3), le kyste en s'ouvrant tout seul, empêcha le chirurgien de commettre une erreur, car d'après l'état des choses, l'instrument eût été dirigé à gauche, tandis que la grande tumeur qui mettait réellement obstacle à la parturition se trouvait à droite (4).

c) Si tout cela est impossible, le crâniotomie ou l'opération césarienne sont les seules ressources dont le choix sera fixé par la vie ou la mort de l'enfant. L'obstacle est par trop grand pour oser espérer un résultat avantageux pour la version ou le forceps.

L'extirpation n'a pas encore été entreprise sur le vivant pendant l'accouchement (5).

(1) Kidd, dans un cas où le refoulement à l'aide de la main était impossible, réussit par l'emploi de la vessie en gomme élastique de Barnes, introduite dans le rectum (*The Dubl. Quart, J. of med. sc.*, may, 1870).

(2) *Traité des accouchements.*

(3) *The Lancet.*

(4) *Encyclographie des sciences médicales*, 1845, t. CXLIX, p. 232.

(5) Nous avons vu dans le cours de ce travail que Pollock et Spencer Wells l'ont faite par méprise pendant la grossesse.

L'opération césarienne fut faite deux fois. Si la mère s'y refuse ou qu'on doive y renoncer pour l'une ou l'autre raison, il ne faut pas tarder trop longtemps à pratiquer la perforation dans l'intérêt de la mère pour laquelle il reste encore ainsi une chance de salut.

Statistique. Dans les 165 cas de Jetter, il y eut 215 cas d'accouchements :

70 furent achevés par les seules forces de la nature;

23 fois le refoulement fut entrepris, mais:

14 fois seulement il réussit à lui seul. Voici les cas :

a) King (1), Merriman (2).

Hardy (3): 1° Accouchement: refoulement.

2° Accouchement spontané : mort en couches par péritonite.

Paletta (4) : refoulement dans 3 accouchements. La mère survécut. Rien de noté pour les enfants. Plus tard extirpation avec succès.

Ramsbosham (5) : refoulement dans 2 accouchements. Mère et enfants en vie.

Jeafferson (6) : 1° Acccouchement : refoulement.

2° Accouchement naturel, spontané.

Lever (7): kyste gros comme une tête d'enfant : refoulement. Mère et enfant survivants. Le kyste augmenta rapidement pendant les couches. Ponction au bout de deux mois; après la 5° ponction (un an et demi après) mort.

Lever (8) : accouchement prématuré artificiel deux fois. Une 3° fois, refoulement. Mère et deux enfants en vie.

Ingleby (9) : on avait pensé à l'opération césarienne, lorsqu'enfin le refoulement réussit.

(1) Behrends *Repertor.*, 1837, Bd III, s. 344.
(2) *Med. chir. Trans.*, vol. X, c. 3.
(3) *Lancet*, 1844, jüny.
(4) Hirsch, c. 53.
(5) *Obstetr. med. and surg. Lond.*
(6) In Ashwell, 118.
(7) *Guy's Hosp. Rep.*, s. II, v. I, p. 36, c. 34.
(8) *Ibid.*, c. 35.
(9) In Lever, 1843, p. 32.

Braun (1) : 2 cas de simple refoulement. Dans un troisième cas le forceps fut appliqué après. Une autre fois on appliqua un tampon.

Hoogeweg (2) : forceps après le refoulement.

Meyer (3) et Riva (4) firent la version après le refoulement.

Baudelocque (5) : version. Mort de la mère.

Moreau (6) dut refouler une seconde fois la tumeur qui s'était abaissée de nouveau après l'issue du bras.

Breit refoula un kyste tombé dans les replis de Douglas et fit l'extraction du placenta pour hémorrhagie (le tout pendant la période de la délivrance). La mère mourut de péritonite puerpérale épidémique.

Sur ces 23 femmes, 19 survécurent. Des enfants, 13 vécurent.
3 moururent. 5 moururent.
1 n'a pas son sort renseigné. 5 n'ont pas leur sort renseigné.

b) La ponction ou l'incision furent faites dans 17 cas; la ponction seule dans 8 cas.

Evans (7) : incision. Résultat inconnu pour la mère et pour l'enfant.

Lever (8) : ponction vaginale. La femme accoucha de nouveau plus tard.

Moormann (9) : quatre accouchements, ponction. Mère et enfant en vie.

Ford (10) : ponction vaginale. Mort 6 mois après.

(1) *Einklemm. der Herniao vario vagin. Wien med. Wochenschr.*, 1859.
(2) *Verhandl. der Gesellsch. für Geburstk.* in Berlin, t. V, p. 46.
(3) *Ibid.*, Jahrgang I, s. 106.
(4) *Gazetta medica Lombard.* 1852, p. 409.
(5) *Art des accouchements*, t. II, p. 490.
(6) *Traité des accouchements*, t. II, p. 482.
(7) In LEVER, c. 39.
(8) C. 38 et *Archives générales de médecine*, troisième série, t. X, p. 356.
(9) *Lancet*, 1849, t. II, p. 30.
(10) DENMAN. *Introd. to the pract. of midwif*, t. II, p. 102.

Oldham : ponction vaginale. Vie probable de la mère.

Thompson (1) : au premier accouchement, ponction. La femme eut encore quatre enfants sans recourir à l'art.

Elkington (2) : ponction, puis forceps et enfin perforation. — Six semaines après le kyste s'était rempli à nouveau.

Park (3) : incision puis perforation. La femme accouche encore une fois plus tard et avec facilité.

Park (4) : ponction. Mère vivante, enfant mort.

Merriman (5) : kyste solide, ponction, perforation. La femme succomba à la fièvre hectique.

Merriman (6) : kyste solide, ponction rectale, perforation. Mort de la mère par péritonite.

Chiari (7) : kyste multiloculaire, ponction puis céphalotripsie. Mort de la mère par péritonite.

Litzmann (8) : sa malade fut délivrée deux fois par perforation : à la troisième fois, on reconnut un kyste épais de l'ovaire gauche, situé dans les replis de Douglas et rétrécissant le bassin jusqu'à 2 pouces. Probablement dans les accouchements antérieurs, la tumeur n'avait apporté qu'un obstacle minime par suite de sa situation élevée, ce qui l'avait fait méconnaître, tandis que plus tard elle était descendue et s'était placée au milieu du bassin. Après des tentatives inutiles de refoulement : ponction par le vagin et extraction de l'enfant par le forceps : mort apparente, puis mort définitive de l'enfant (à l'autopsie, extravasation sanguine dans l'arachnoïde

(1) *Monthly J.*, 1845, octobre.
(2) *Brit. Rec.* t. I, p. 11, 1848. — SCHMIDT's *Jahrb.*, 1849, vol. 63, s. 198, III° Fall.
(3) *Med. chir Trans.*, vol. II, c. 5, cités par H. BOURDON. *Revue médicale*, juillet 1841.
(4) *Loc. cit.*, c. 6, cité par H. BOURDON. *Revue médicale*, juillet 1841.
(5) *Med. chir. Trans.*, v. X, c. 2, cité par H. BOURDON. *Revue médicale*, juillet 1841.
(6) *Loc. cit.*, c. 5, cité par H. BOURDON. *Revue médicale*, juillet 1841.
(7) *Klin.*, p. 661, cité par H. BOURDON, *Revue médicale*, juillet 1841.
(8) *Deutsch. Klin.*, 1852, n° 38, 40, 42.

par suite probablement de la compression de la tête entre la tumeur et la paroi pelvienne) : péritonite de la mère et guérison.

Ingleby (1) : ponction rectale, puis forceps. Mère et enfant morts.

Becland (2) : ponction, version. Mort en couches.

Mighels (3) : ponction abdominale, etc. Voir titre VIII, *influence des tumeurs de l'ovaire sur la conception*, etc., IV, notes.

Résultats de la ponction :	Survivants,	11 mères,	4 enfants.
	Morts,	5 »	11 »
	Sort non renseigné,	1 »	2 »

c) Le *Forceps* fut employé en 13 cas : 7 fois seul.
2 » après la crâniotomie.
2 » la rupture du kyste s'ensuivit.
2 » il fut appliqué après la rupture kystique.

Dans 6 cas il y avait eu antérieurement refoulement et ponction.

Lee (4) : au premier et second accouchement, forceps. 2 enfants et mère vivants.

Besnier (5) : forceps : après l'état puerpéral, extirpation d'un kyste épais avec succès. Enfant vivant.

Headland (6) : Wollaston (7) : forceps après rupture du kyste. Mort des deux mères. — Dans le cas de Wollaston il y eut métrite occasionnée par quatre jours de douleurs.

Melion (8) : forceps, puis rupture. Mort de péritonite.

Kiwisch (9) : rupture d'un kyste pileux pendant les tractions. Péritonite et mort.

(1) *Edinb. med. J.*, 1830, janv.
(2) *Behrends Repert*, 1837, B. 3, n° 20, s. 172.
(3) *Amer. J.*, 1828, v. 29.
(4) *Clin. midwif*, c. 16,
(5) *Gazette médicale*, 1850.
(6) *Lancet*, juin 1844.
(7) *Ibid.*, juin 1850.
(8) *OEsterr. med. Wochenschr.*, 1844, n° 38.
(9) *Klin. Vorträge*, Bd II, 86.

Hòfer (1) : Cystosarcôme des deux ovaires : forceps au quatrième jour. Mort de la mère.

Chiari (2) : kyste pileux des deux ovaires, forceps, puis ovariotomie. Mort de métro-péritonite au quatorzième jour.

Herbiniaux (3) : forceps, perforation : pendant l'état puerpéral, etc. (Voir Titre VIII, *influence des tumeurs de l'ovaire*, etc., IV, notes).

Martin (4) forceps : Mère et enfant vivants.

Betscher : forceps sur le siége.

Jobert (5) : kyste épais, forceps : extirpation après l'état puerpéral (6).

Résultats : survécurent	7	mères,	5	enfants.
Moururent	6	»	6	»
Ne furent pas renseignés			2	»

Le forceps, sans évacuation préalable du kyste, ne peut être recommandé à cause du danger de la rupture du kyste.

d) La *version podalique et l'extraction de l'enfant* furent exécutées dans 15 cas : 10 fois comme procédé unique de délivrance,

2	fois après	la rupture	de l'utérus	(Lee et Goldson).
1	»	»	du kyste.	(Bécland).
1	»	ponction	»	
4	»	le refoulement	»	

Sur ce nombre survécurent	7	mères et	1	enfant.
Moururent	8	» et	11	enfants.
Ne furent pas renseignés			3	»

(1) *Graëfe's und Walther's J.*, Bd III, 422.

(2) *Klin.*, 663.

(3) *Traité sur divers accouchements laborieux*, t. I, p. 297.

(4) *Mémoires de médecine*, s. 295.

(5) Hirsch, c. 13.

(6) Ce cas appartient au docteur Besnier, de Lamballe : il s'agissait d'un kyste fœtal qui mit obstacle à l'accouchement : la femme guérit après quelques symptômes de péritonite (Académie de médecine de Paris, 5 mars 1850).

Doeveren (1) : version. Mort des deux (mère et enfant).

Schutzer (2): cancer, extraction de l'enfant. La mère mourut deux ans après.

Elkington (3) : kyste solide, version pour position vicieuse. Enfant mort.

Selig (4) : cystoïde de 28 livres, version. Mort des deux.

Goldson (5) : rupture utérine, passage de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale, extraction. Mort des deux.

Watson (6) : gros kyste dans la cavité abdomiuale, version. Mort de la mère.

Giffard (7) : version. Enfant mort après quelques jours, mère vivante.

Lee (8) : rupture utérine pendant les douleurs expultrices, version : Mort des deux.

Mighels (9) : troisième accouchement ; rupture du kyste, extraction. Mère vivante.

Basc (10) : Cancer de l'ovaire et de l'utérus, détroncation de l'enfant, hémorrhagie. Mort et accouchement non terminé.

e) *Crâniotomie ou perforation*. 24 cas : 14 mères survécurent, 10 moururent. Elle fut pratiquée 6 fois après la ponction (Mighells, Park, Chiari, Merriman, Elkington).

2 fois après des tentatives de forceps (Chiari, Herbiniaux).

2 fois avec accouchement prématuré artificiel (Lee, Lynch).

14 fois seule.

Lachapelle (11) : perforation après l'accouchement, extraction d'un kyste fœtal par le rectum. Mort des deux.

(1) Hirsch, c. 13.
(2) *Abhandl. des schwed. Akad*, 1769, Bd 31.
(3) *Brit Record.*, t. 1, p. 11, 1848. — Schmidt's *Jahrb.* v. 63, s. 197.
(4) Hufeland's *J.*, Bd 3, s. 271.
(5) Böer, *nat. med. obstetr*, lib. VII, p. 27.
(6) *Med. chir. Trans.* vol. X, 66.
(7) *Ibid.*, X, 72.
(8) *Clinic. midwif.* c. 46.
(9) *Loc. cit.*
(10) *Revue médicale*, t. VII, p. 428.
(11) Puchelt, s. 173.

Parck (1): perforation, rupture probable du kyste pendant l'accouchement Après cela plusieurs accouchements encore.

Merriman (2): au premier et au troisième accouchement, perforation. Mère vivante.

Merriman (3): perforation en deux cas, jumeaux au premier accouchement, le deuxième enfant mort-né suivit rapidement le premier. Péritonite et mort de la mère.

Ford (4): perforation. Mort trois semaines après.

Stein junior (5): ovariotomie. Mère vivante.

Lee (6): premier et deuxième accouchements, perforation. Plus tard accouchement prématuré artificiel et perforation.

Lee (7): Cancer des deux ovaires, perforation. Mort au bout de quatre mois.

Lee (8): perforation. Mère vivante.

f) *L'opération césarienne:* 3 cas : 2 fois sur le vivant, 1 fois après la mort.

Maigne (9): kyste graisseux (os et cheveux) dans la cavité abdominale, opération césarienne soixante heures après le commencement de l'accouchement. Mère morte au neuvième jour, enfant mort.

Lyon (10): kyste dermoïde, opération césarienne. Mère morte, enfant vivant.

Denis (11): Cystoïde avec concrétion, mort par hémorrhagie au neuvième mois : opération après la mort. Sort de l'enfant non renseigné.

(1) *Med. chir. Trans.*, vol. II, c. 1.
(2) *Med. chir. Trans.*, vol. X, c. 1.
(3) Vol. III. p. 48 et 53.
(4) In Denman, *loc. cit.*
(5) *Annales*, t. I, p. 67.
(6) *Clinic. midwif*, 1848, c. 48, p. 96.
(7) Case 49.
(8) C. 50.
(9) *Du toucher considéré sous le rapport des accouchements*, 1839.
(10) Hirsch, c. 40.
(11) *Dictionnaire des sciences*. t. XXXIX, p. 30.

Lever (1) : levier.

Davis (2) : ne renseigne pas le procédé : fièvre puerpérale, hydropisie et mort de la mère.

g) Accidents survenus pendant l'accouchement.

1° La délivrance ne put être opérée 3 fois (Denis, Basc et Gooch) (3).

Dans le cas de Gooch, au huitième mois il y eut douleurs d'enfantement : vomissements, chaleur et sensibilité du bas-ventre. Mort avant la délivrance, malgré tous les efforts faits à cet effet. A l'autopsie : kyste dermoïde de l'ovaire gauche gros comme un melon et gangréné avec la partie correspondante de l'utérus.

2° La rupture de l'utérus eut lieu en 3 cas (Ward, Lee, Goldson : 3 morts).

3° Celle du kyste arriva 8 fois :

4 fois par l'application du forceps.

1 fois l'enfant fut extrait.

3 fois l'accouchement eut lieu après la rupture par les seuls efforts de la nature.

Ashwell (4) : rupture du kyste, évacuation par le vagin. Mort au troisième jour.

Begbie (5) : rupture du kyste. La mère survécut.

Medic. chirurgical Review (18 22/23 p. 190). Troisième accouchement naturel, rupture du kyste après l'accouchement, dans la cavité abdominale. Pendant le quatrième accouchement, nouvelle rupture kystique. Cinquième accouchement spontané. Extirpation de la tumeur dix mois après.

5 mères en moururent, 3 en revinrent.

(1) Case 39.
(2) PUCHELT, p. 161.
(3) *Med. and phys. Comment.* Edinb., vol. II, 369.
(4) *Lehrbuch der Krankh. des weiblich. Geschw.* s. 117.
(5) *Lancet*, 1844.

5. Conduite à tenir pendant l'état puerpéral compliqué de kyste.

Dans 8 cas, il y eut extirpation après l'état puerpéral.

Dans 21 cas, il y eut mort par péritonite ou inflammation du kyste.

Dans 113 cas, dans le cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'état puerpéral, une ou plusieurs opérations furent nécessitées.

6. Résultats de la statistique établie par Jetter.

1. Sur 215 cas,	survécurent	140	mères,	81	enfants.
	moururent	64	»	53	»
	ont eu un sort inconnu	11	»	61	»
	avortés			21	»

Des opérations nécessitées :

a) Pendant la grossesse : α) la ponction pratiquée 6 fois n'entraîna aucun accident sérieux.

β) L'accouchement prématuré artificiel, exécuté 8 fois, entraîna pour la mère : 2 morts (1 par étranglement du kyste dans l'anneau crural).
Pour l'enfant : 2 »
4 survivants.
2 non renseignés.

b) Pendant l'accouchement (1) :

(1) Playfair a réuni (*a*) 57 cas d'accouchements compliqués de tumeurs de l'ovaire et il a trouvé que :

13 fois l'accouchement se termina par les seules forces de la nature, la tumeur était compressible, 7 femmes survécurent et 6 succombèrent : 46,1 °/₀.

9 fois la tumeur fut ponctionnée : toutes les mères guérirent et 6 enfants furent sauvés.

5 fois on put refouler la tumeur dans la cavité pelvienne : toutes les mères guérirent.

15 fois la crâniotomie fut pratiquée : 8 mères guérirent, 7 moururent.

5 fois la tumeur se rompit : 2 guérisons de la mère.

2 fois l'utérus se rompit avant la fin de la délivrance : 2 morts.

5 fois on pratiqua la version : 5 fois la mère succomba.

2 fois on appliqua le forceps : 1 mort et 1 guérison.

1 fois la tumeur passa à travers une rupture vaginale et fut enlevée par la ligature : la femme guérit.

(*a*) *The Dublin Quarterl. J. of med. sc.*, 1869, mai, p. 463.

α) 23 fois il y eut réduction de la tumeur :

Moururent	3 femmes,	5 enfants.
Guérirent	20 »	13 »
Eurent un sort inconnu		5 »

β) Pour la ponction : de 17 femmes, 3 moururent.
de 17 enfants, 11 moururent, 4 vécurent, 2 ont un sort non connu.

γ) Forceps sans réduction ou ponction préalables : 13 fois :

Moururent	6 femmes,	5 enfants.
Vécurent	7 »	6 »
Inconnus		2 »

δ) Version podalique et extraction sans qu'il y ait eu rupture de l'utérus ou du kyste, 7 cas :

moururent	4 femmes,	6 enfants.
survécurent	3 »	
inconnu		1 enfant.

Par la rupture du kyste pendant l'accouchement, 5 femmes sur 8 succombèrent.

ε) Perforation sans tentative d'opération différente faite au préalable : 14 cas ; 9 mères survécurent, 5 succombèrent.

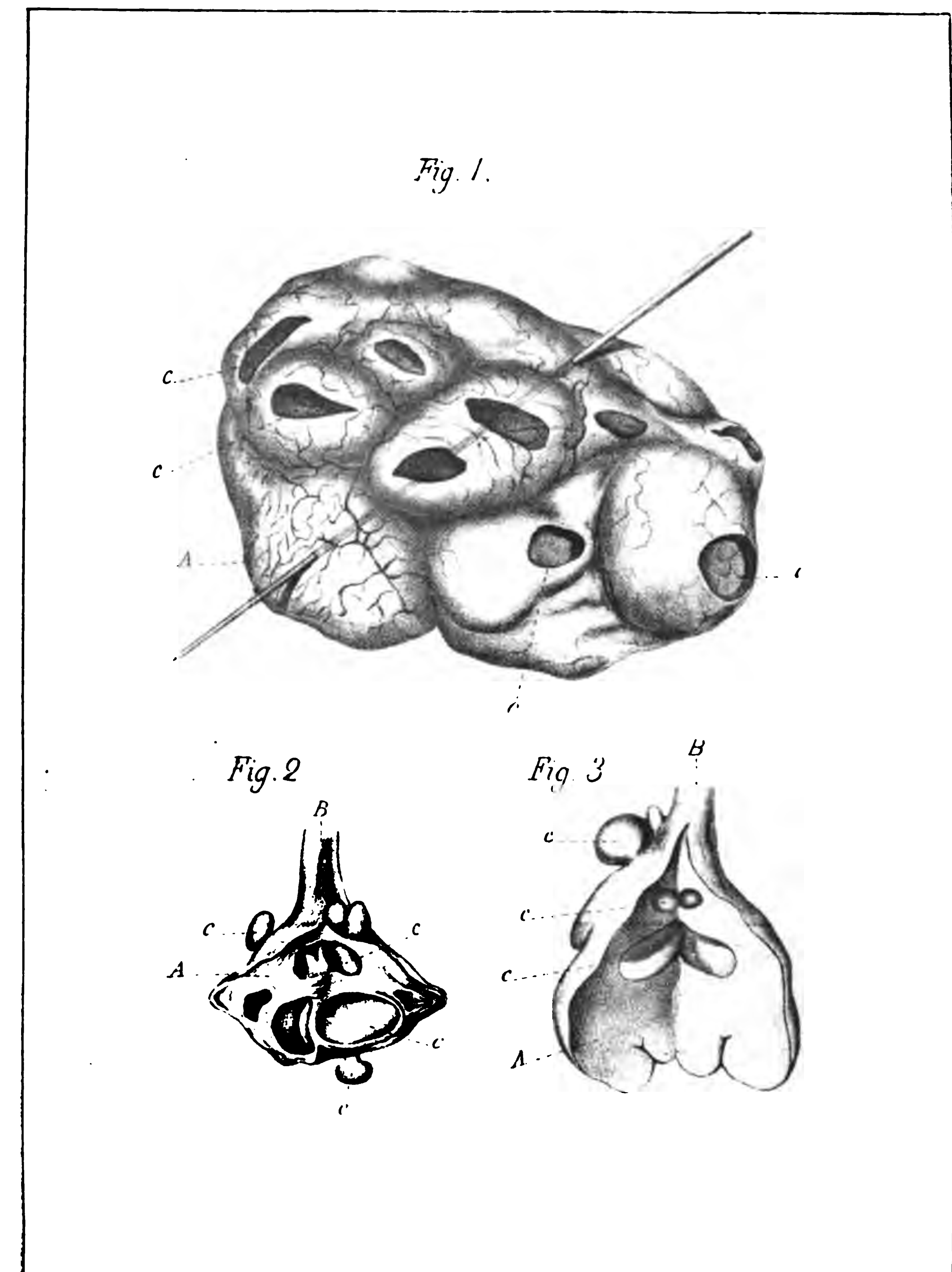
ς) Opération césarienne : 2 fois sur le vivant, 1 fois après la mort. 3 morts (1).

(1) Seutin dut pratiquer le gastro-hystérotomie chez une femme de 36 ans à bassin rétréci et où il y avait tumeur ovarique (reconnue cancéreuse à l'autopsie) qui s'opposa à l'accouchement : la ponction n'amena rien : le refoulement et le forceps furent impossibles. (*Annales de médecine belge et étrangère*, t. III, 1838, p. 202).

c) ***Pendant l'état puerpéral :*** **ponction, 10 cas. 7 mères survécurent et 3 moururent; l'une succomba à la suite de la rupture de son kyste qui s'était rapidement rempli, et une autre après 1 1/2 an de ponctions répétées.**

FIN.

PL.I.



ATLAS

XXIV PLANCHES RENFERMANT 112 FIGURES.

PLANCHE I.

Fig. 1. Hydropisie enkystée de l'ovaire.

A. Grand kyste de l'ovaire à travers lequel on a passé un stylet.
c, *c*, *c*. Petits kystes d'abord indépendants les uns des autres, plus tard communiquant ensemble.

D'après une pièce du Musée Dupuytren, n° 409 (Voir Churchill, p. 606).

Fig. 2 et 3 (Musée Dupuytren, n° 401). Voir Becquerel, pl. XVI, fig. 1 et 2.

A. A. Ovaires.

B. B. Ligaments de l'ovaire.

c, *c*, *c*, *c*, *c*, *c*, *c*, *c*. Kystes pédiculés et interstitiels de l'ovaire.

PLANCHE II.

(D'après Kœberlé.)

Fig. 1. Coupe schématique de l'ovaire gauche (1/3 nature).

K. Grande cavité kystique, ayant contenu 7 1/2 litres de liquide.

K. *m*. Kystes multiloculaires de grandeur variable.

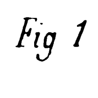
T. Trompe utérine.

Fig. 2. Portion de la tumeur kystique multiloculaire précédente, de grandeur naturelle.

S. Surface externe de la tumeur.

K. Kystes de grandeur variable et plus ou moins allongés.

PL. II.



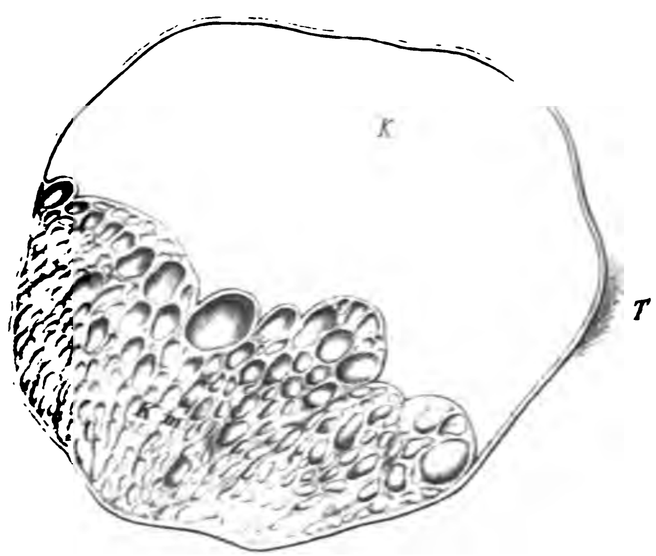
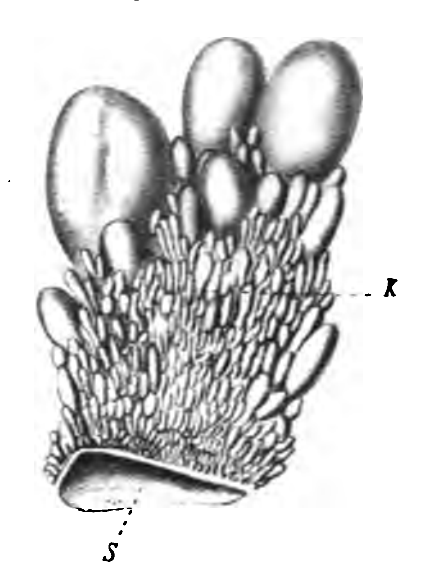


Fig. 2.



PL III

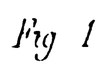




Fig. 2.

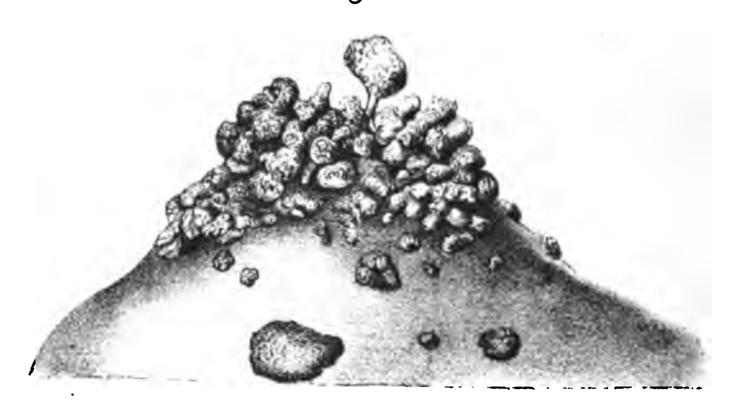


PLANCHE III.

Fig. 1. Tumeurs épithéliales en partie sessiles, en partie pédiculées ayant recouvert la surface externe d'un kyste ovarique.

Fig. 2. Tumeurs épithéliales implantées sur la surface interne d'un kyste ovarique.

PLANCHE IV.

FIG. 1. Ovaire droit montrant de nombreux kystes uniloculaires, probablement des vésicules de De Graaf dilatées. Ovaire gauche semblable, non ouvert, d'après Hooper.

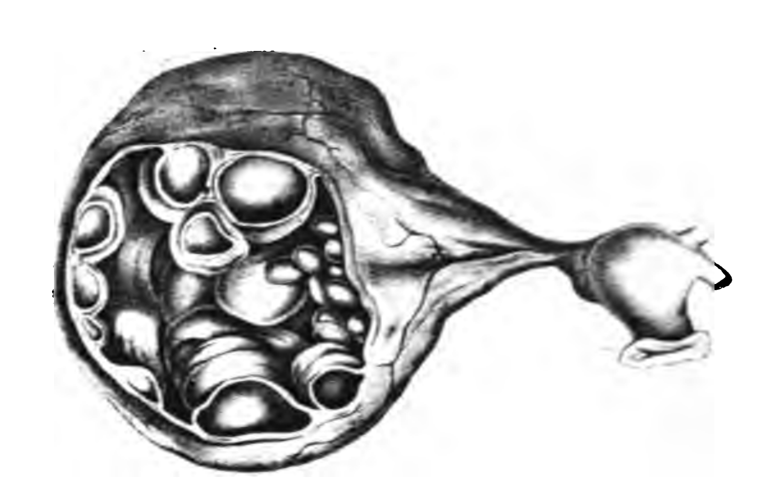
FIG. 2. Ovaire gauche distendu en un large kyste, dans l'intérieur duquel se projettent de nombreux kystes plus petits de deuxième ordre.

(D'après Courty, *loc. cit.*, p. 922.)

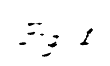
Fig. 1



Fig. 2.



Pl. V



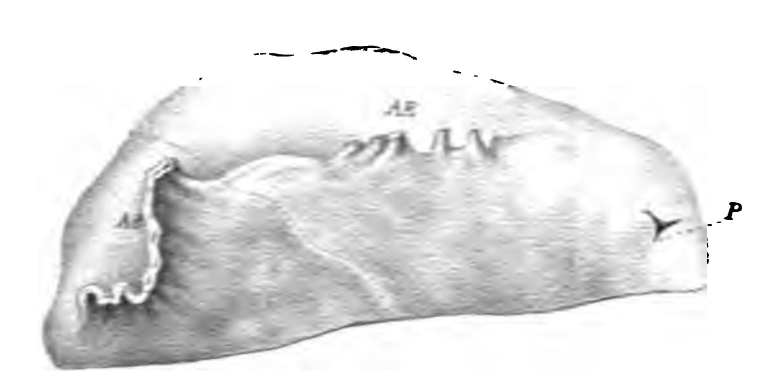


Fig. 2



PLANCHE V.

FIG. 1. Ovaire sectionné au 1/3 pour montrer les adhérences.

P. Point ponctionné.

AE adhérences épiploïques.

D'après Kœberlé, *Opérations d'ovariotomie*, pl. I, fig. 4.

FIG. 2. Kyste ovarique composé et prolifère. — Kystes secondaires et tertiaires.

D'après Courty, *Maladies de l'utérus*, fig. 213, p. 924.

PLANCHE VI.

Fig. 1. Facies ovarien d'après le portrait photographique d'une femme de 42 ans, portant un kyste composé de l'ovaire et guérie par S. Wells.

Fig. 2. Aspect extérieur de la tumeur abdominale formée par un kyste ovarique multiloculaire chez une femme de 32 ans (ovariotomie, guérison, naissance d'un enfant 15 mois après) d'après S. Wells.

(Figures reprises d'après Courty, *Maladies de l'utérus*, pp. 932, 933 et fig. 216, 217.)

Fig. 1

Fig. 2



PL. VII.

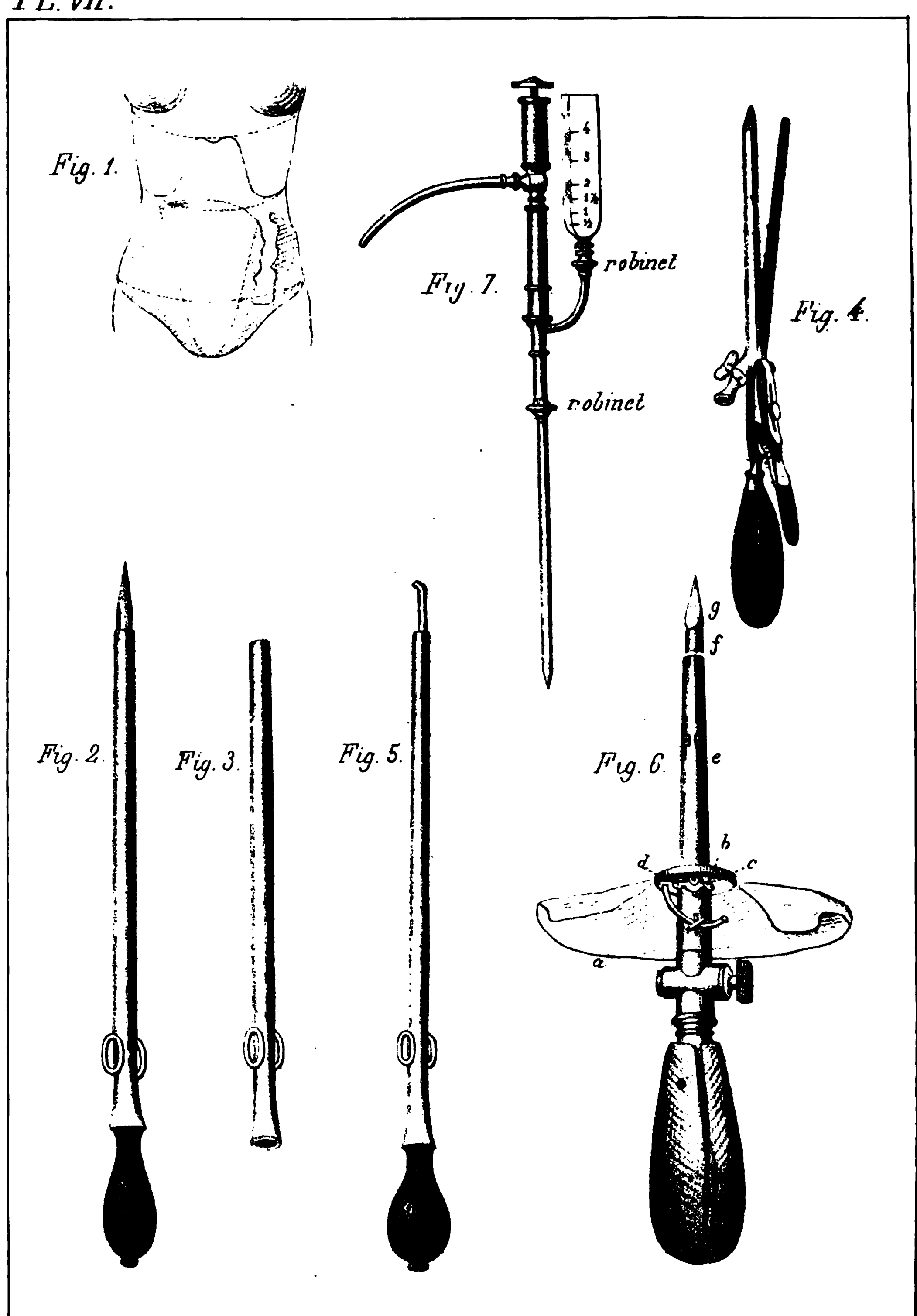


PLANCHE VII.

Fig. 1, d'après Spencer Wells (*Clinic. Rem. on seven cases of ovariotom.*, etc., in *The Med. Times and Gaz.*, 1862, II, p. 27, et (représentant la disposition du kyste avec la partie adhérente du colon en avant de la tumeur.

Fig. 2. Trocart pour la ponction vaginale.

Fig. 3. Canule du trocart.

Fig. 4. Lithotome de Demarquay, mousse ou pointu à volonté, au moyen d'une gaîne à coulisse et munie d'une canule évacuatrice à robinet.

Fig. 5. Bistouri pour dilater l'ouverture pratiquée.

Fig. 6. Trocart à couronne et à disque de *L. Buys*, complètement armé, (demi-grandeur) :

a. Manchon.

b. Double disque pouvant basculer sur le manchon avec rondelle de baudruche.

c. Boutons servant à serrer la rondelle de baudruche entre les deux disques.

d. Arc de cercle à vis compressive, servant à immobiliser les disques dans la position voulue.

e. Canule externe.

f. Canule interne.

g. Stylet.

Fig. 7. Trocart de Spencer Wells pour la ponction et l'injection iodée.

PLANCHE VIII.

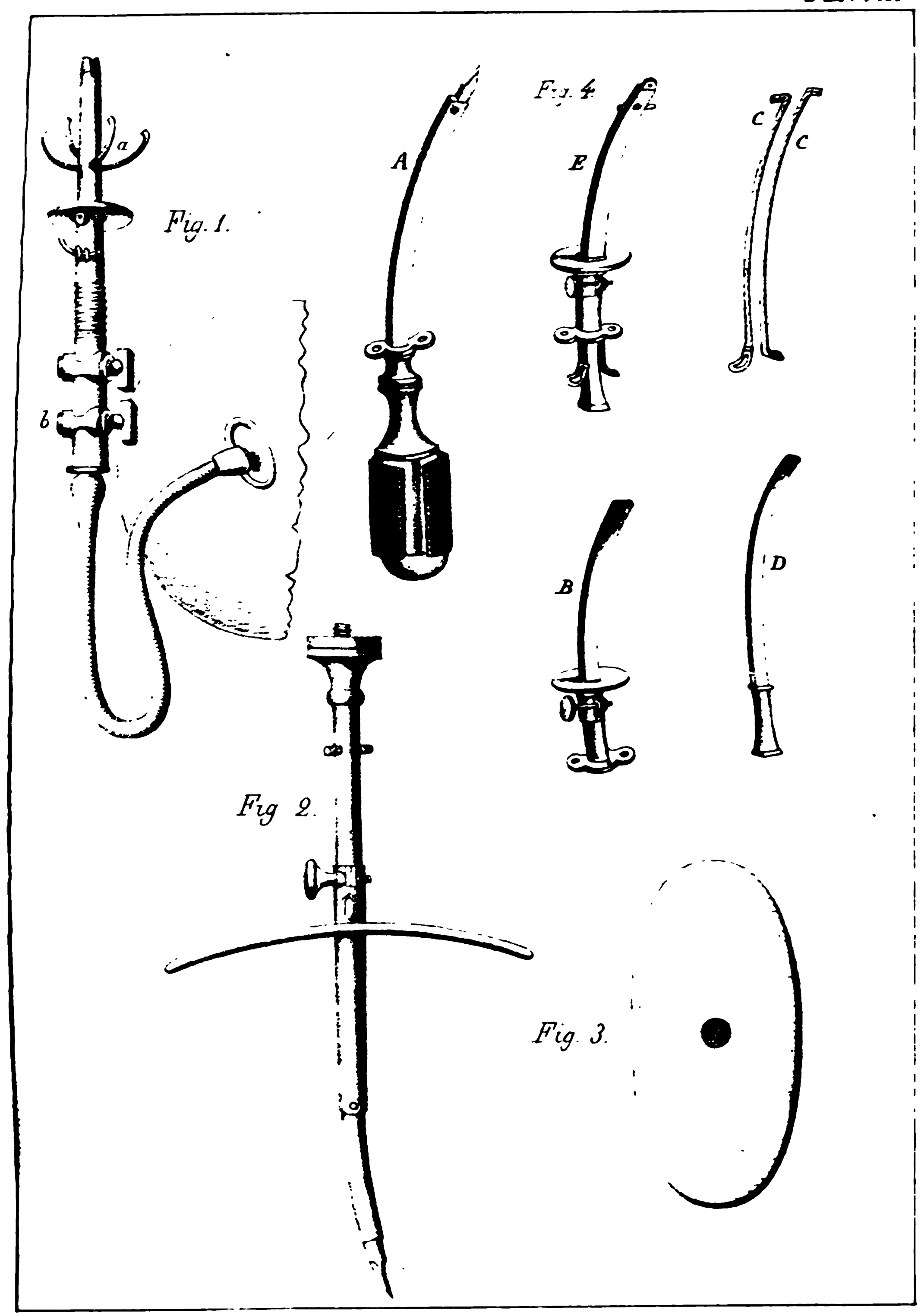
Fig. 1. Le même trocart que dans la fig. 6 de la planche VII, après que le stylet, porté en arrière, a dilaté les ressorts.

a. Ressorts.

b. Ampoule avec robinet.

Fig. 2 et 3. Trocart de V. Uytterhoeven.

Fig. 4. Trocart de Maisonneuve pour la ponction des kystes de l'ovaire avec canule à demeure, (d'après Churchill, *loc. cit.*, p. 624).


Fig. 1.
a
b
Fig. 4
A
E
b
C
C
B
D
Fig 2.
Fig. 3.

PL. IX.

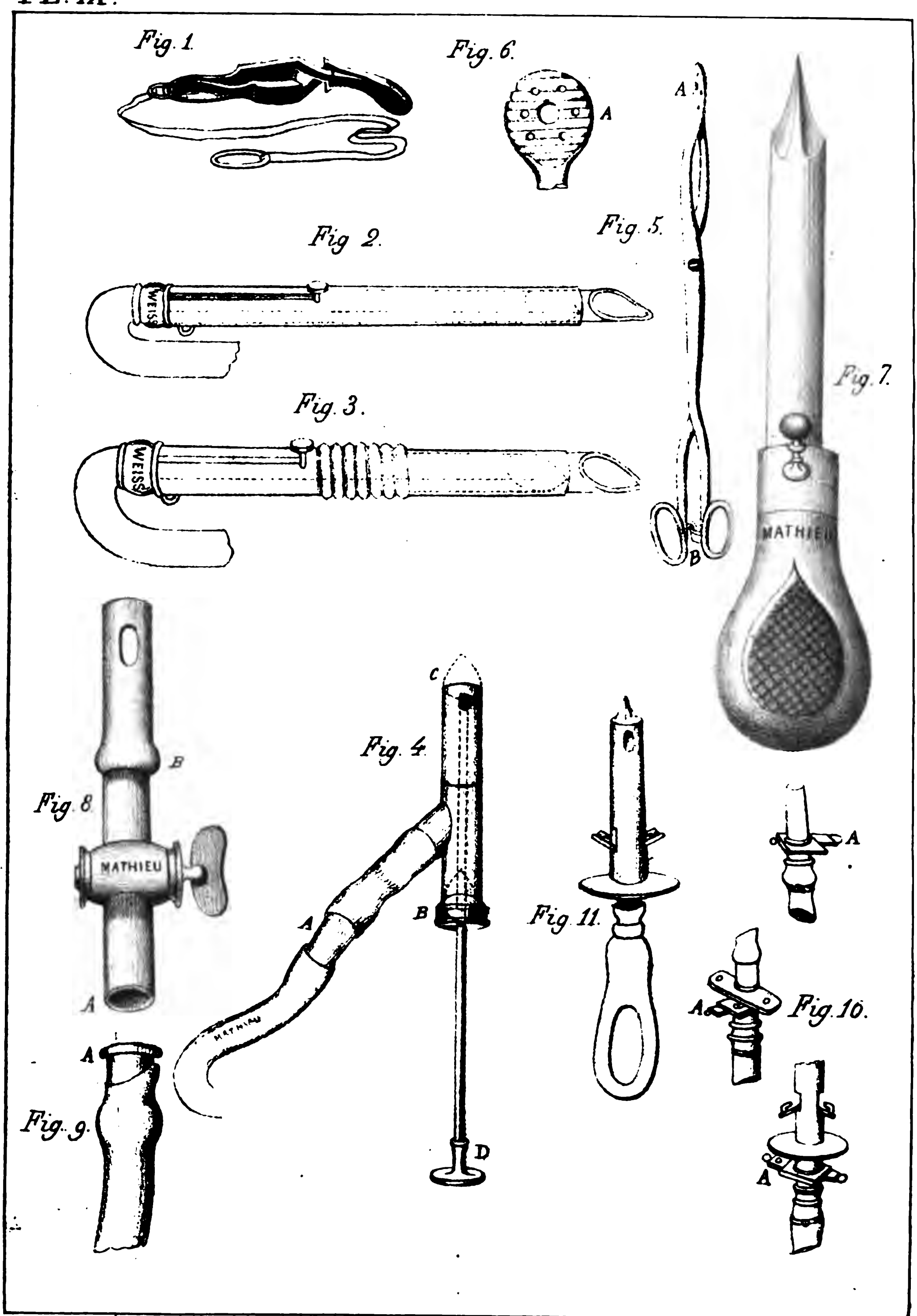

Fig. 1.
Fig. 6.
A
A
Fig. 5.
Fig 2.
WEISS
Fig. 3.
WEISS
B
Fig. 7.
MATHIEU
B
Fig. 8
MATHIEU
A
C
Fig. 4.
A
B
MATHIEU
D
Fig. 11.
A
A
Fig. 10.
A
A
Fig. 9.

PLANCHE IX.

Fig. 1. *Pince presse-artère.* Un fil solide, qu'on maintient au dehors, sert à retrouver la pince dans les profondeurs de la cavité péritonéale.

(D'après Péan, *loc. cit.*, 2e édit., fig. 8, p. 52).

Fig. 2 et 3. Syphon. — Trocart de Th. Spencer Wells.

(*The med. T. and Gaz.*, 1862, II, p. 20).

Fig. 4. Trocart de Mathieu.

C. Poinçon.

D. Piston aspirateur.

A. Tube évacuateur.

(D'après Péan, *loc. cit.*, fig. 1, p. 29).

Fig. 5 et 6. Pinces de Nélaton.

A. Mors plats, striés et à dents multiples.

B. Agrafes pour fixer les branches.

(D'après Péan, *loc. cit.*, fig. 2, p. 29).

Fig. 7. Trocart de Nélaton.

Fig. 8 et 9. Le même :

A. Douille sur laquelle s'adapte la virole.

B. Point d'arrêt dans la continuation de la canule.

Fig. 10 et 11. Trocarts de Charrière à ailerons et à point d'arrêt.

(D'après la *Gazette hebdomadaire*, 1862, fig. 1 et 2, p. 139).

PLANCHE X.

Fig. 1. Nouveau trocart de *Mathieu.*

(D'après la *Gazette hebdomadaire,* 1863, fig. 1, p. 108, et Péan, *loc. cit.*, 2e édit., fig. 7, p. 51).

Fig. 2. Trocart de *Péan.*

A. Extrémité taillée en bec de flûte:

BB. Pédales qui meuvent les mors cintrés destinés à fixer les parois du kyste.

D. Tube en caoutchouc, mobile sur la partie C.

Fig. 3 et 4. Pinces à dents multiples et à point d'arrêt de Charrière pour saisir le kyste.

(D'après la *Gazette hebdomadaire,* 1862, fig. 6, p. 139).

Fig. 5. *Clamp à vis de Péan* pour la cautérisation.

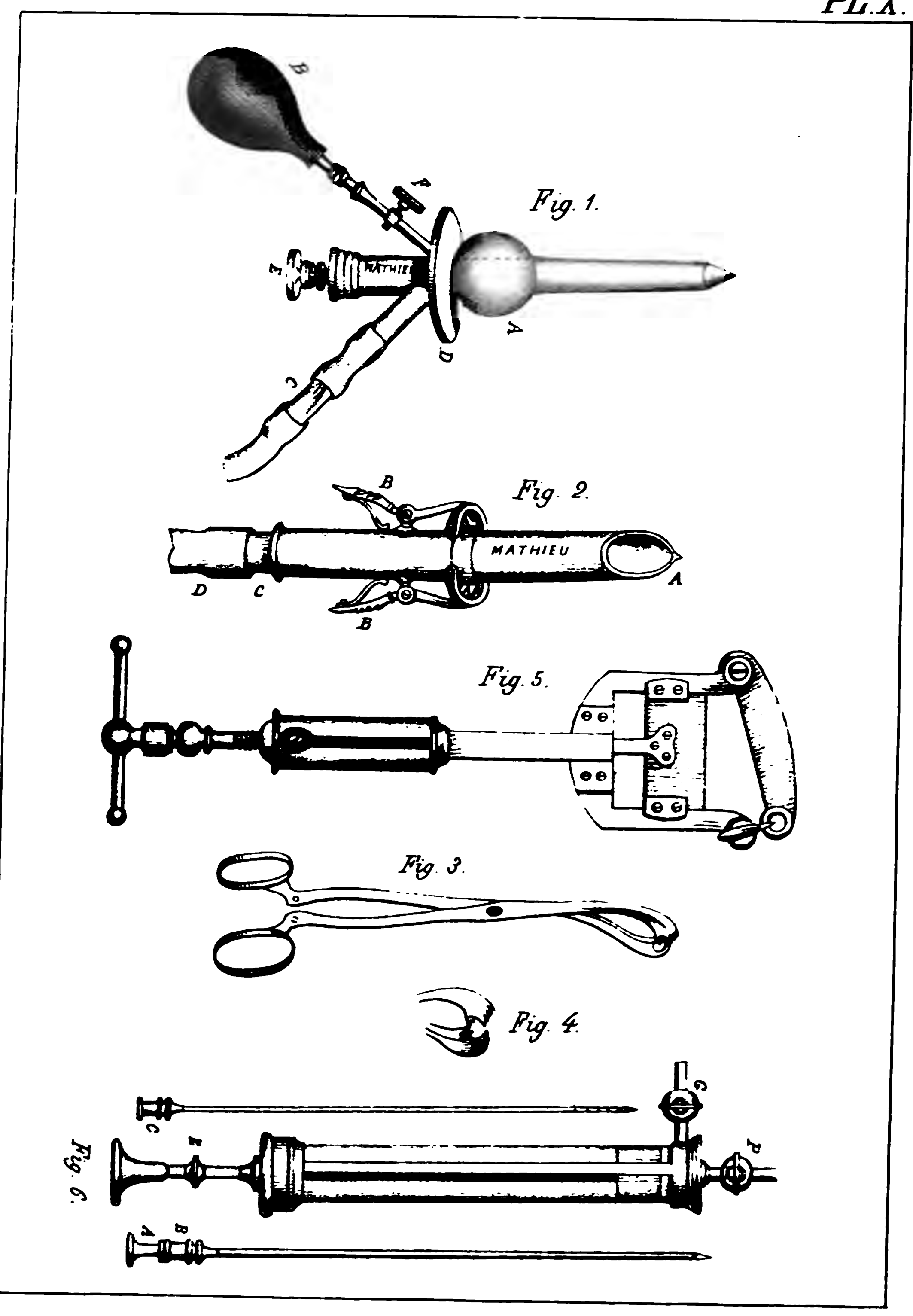
(D'après Péan, *loc. cit.*, 2e édit., fig. 23, p. 102).

Fig. 6. *Aspirateur sous-cutané de G. Dieulafoy.* Se compose de :

Canules, — trocarts de longueurs différentes, B, C, dans lesquelles glisse un trocart capillaire A, et d'un corps de pompe à robinets P, G, recevant un piston monté sur la tige E.

(D'après la *Gazette hebdomadaire,* 1869, n° 45, p. 708 et le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* 1869, art. 7912, p. 555).

PL.X.


Fig. 1.
B
F
E
MATHIEU
A
D
C
Fig. 2.
B
MATHIEU
D
C
B
A
Fig. 5.
Fig. 3.
Fig. 4.
G
C
E
P
Fig. 6.
B
A

PL. XI.

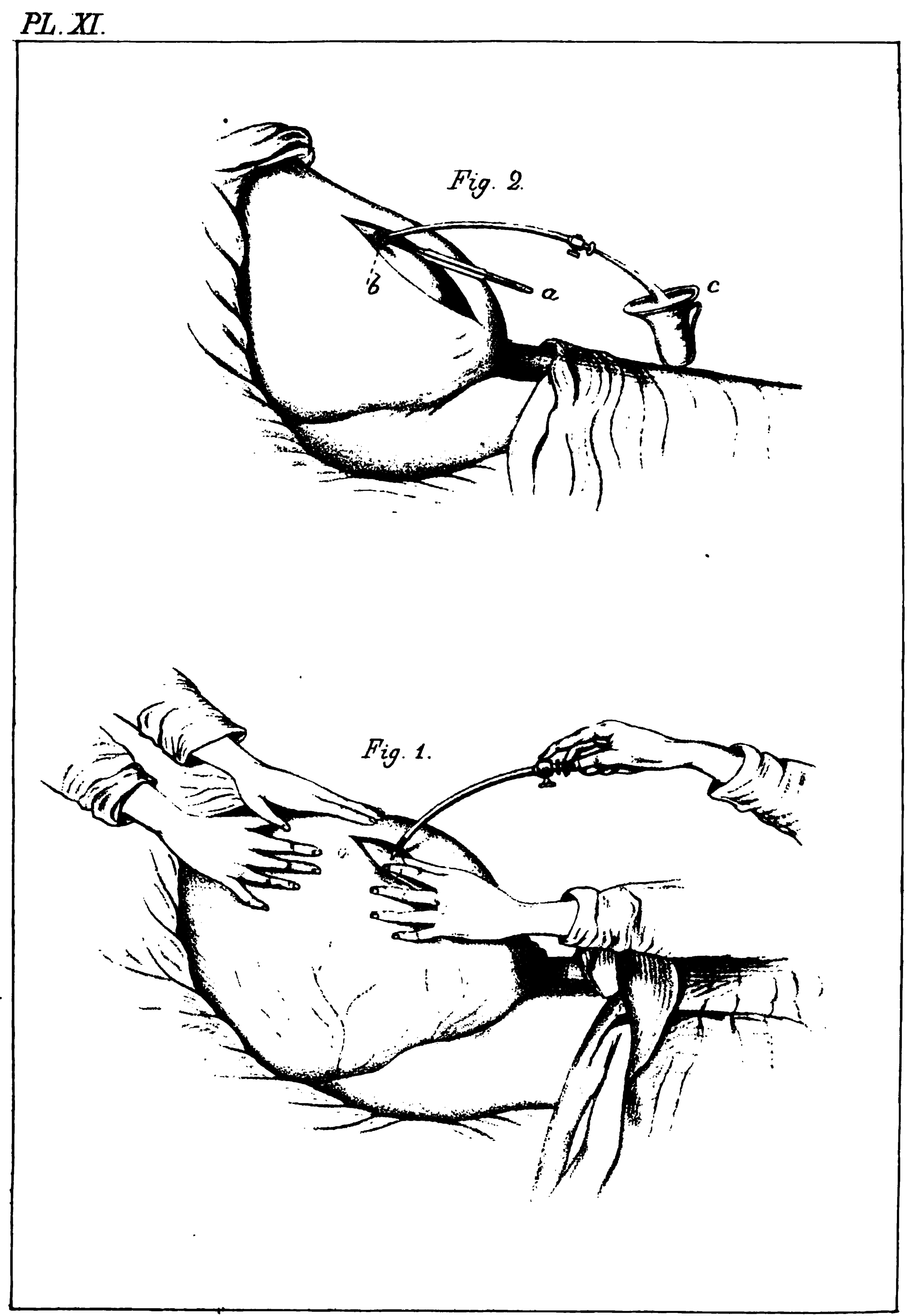


PLANCHE XI.

Fig. 1. *Ponction du kyste* d'après Krassowsky (*loc. cit.*, pl. V, fig. 1). Les aides augmentent la pression sur les parois abdominales et font saillir le kyste entre les lèvres de la plaie. En même temps l'opérateur, fixant avec deux doigts de la main gauche la partie saillante du kyste, y enfonce le trocart (le trocart courbe de Krassowsky) vers l'angle supérieur de l'incision.

Fig. 2. *Evacuation du kyste* (*Ibid.*, pl. VI, fig. 1).

Après avoir retiré la tige du trocart, on maintient la canule dans la position qui facilite le mieux l'écoulement du liquide; s'il en suinte quelque peu autour de la canule, on saisit, avec une pince (*a*) à disséquer, les bords de l'ouverture faite (*b*) par le trocart en les comprimant contre la canule elle-même.

Le contenu du kyste est reçu dans un vase (*c*).

PLANCHE XII.

Fig. 1. Trocart de E. Kœberlé pour la ponction des kystes de l'ovaire.

P. Pointe du trocart en acier.

CL. Cliquet à ressort pour fixer le trocart.

R. Rainure du cliquet.

T. Tige du trocart.

C. Canule d'écoulement.

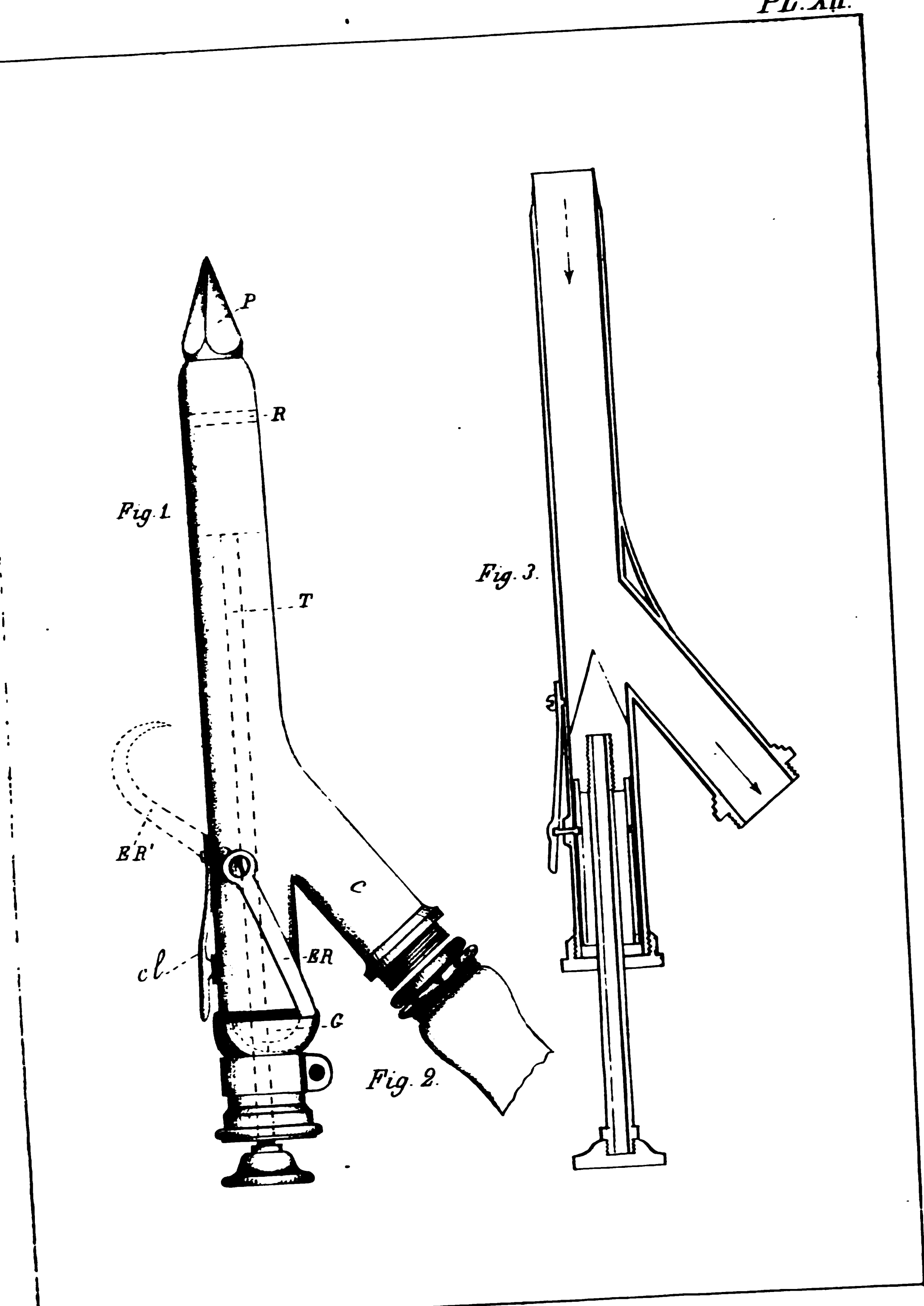
ER. Erigne renfermée dans sa gaîne G.

ER'. Erigne du côté opposé figurée relevée.

Fig. 2. Tube de caoutchouc, faisant suite à la canule du trocart.

Fig. 3. Coupe schématique du trocart.

(D'après Kœberlé, *Opérations d'ovariotomie*, pl. IV, fig. 1, 2, 3).


P
R
Fig. 1.
T
Fig. 3.
E R'
C
c l
E R
G
Fig. 2.

PL. XIII.

Fig. 1.



Fig. 2.



PLANCHE XIII.

Fig. 1. Extraction de la paroi du kyste, formation d'un pédicule aux dépens d'une partie de cette paroi pour en faciliter l'extraction.

D'après Krassowsky, *loc. cit.*, pl. VIII, fig. 1.

Fig. 2. Extraction du kyste en cas de rupture pendant les tractions. (*Procédé de Nusbaum*). La main introduite dans l'intérieur du kyste rompu, le saisit par les cloisons internes et achève l'extraction.

(*Ibid.*, pl. X, fig. 2.)

PLANCHE XIV.

FIG. 1. et 2. Clamp de Merzejewsky.

(D'après Krassowsky, *loc. cit.*, p. 62, fig. 6.)

FIG. 3. Clamp de Baker Brown.

(*Ibid.*, planche XI, fig. 2.)

FIG. 4. Cautère prismatique.

(*Ibid.*, pl. XI, fig. 3.)

FIG. 5. Cautère en bec d'oiseau de Merzejewsky.

(*Ibid.*, pl. XII, fig. 4.)

FIG. 6. Pinces à pignons de Krassowsky (fermées).

FIG. 6'. Les bouts de la branche de la pince.

(*Ibid.*, pl. XII, fig. 2 et 3.)

FIG. 7. Aiguille de Startine.

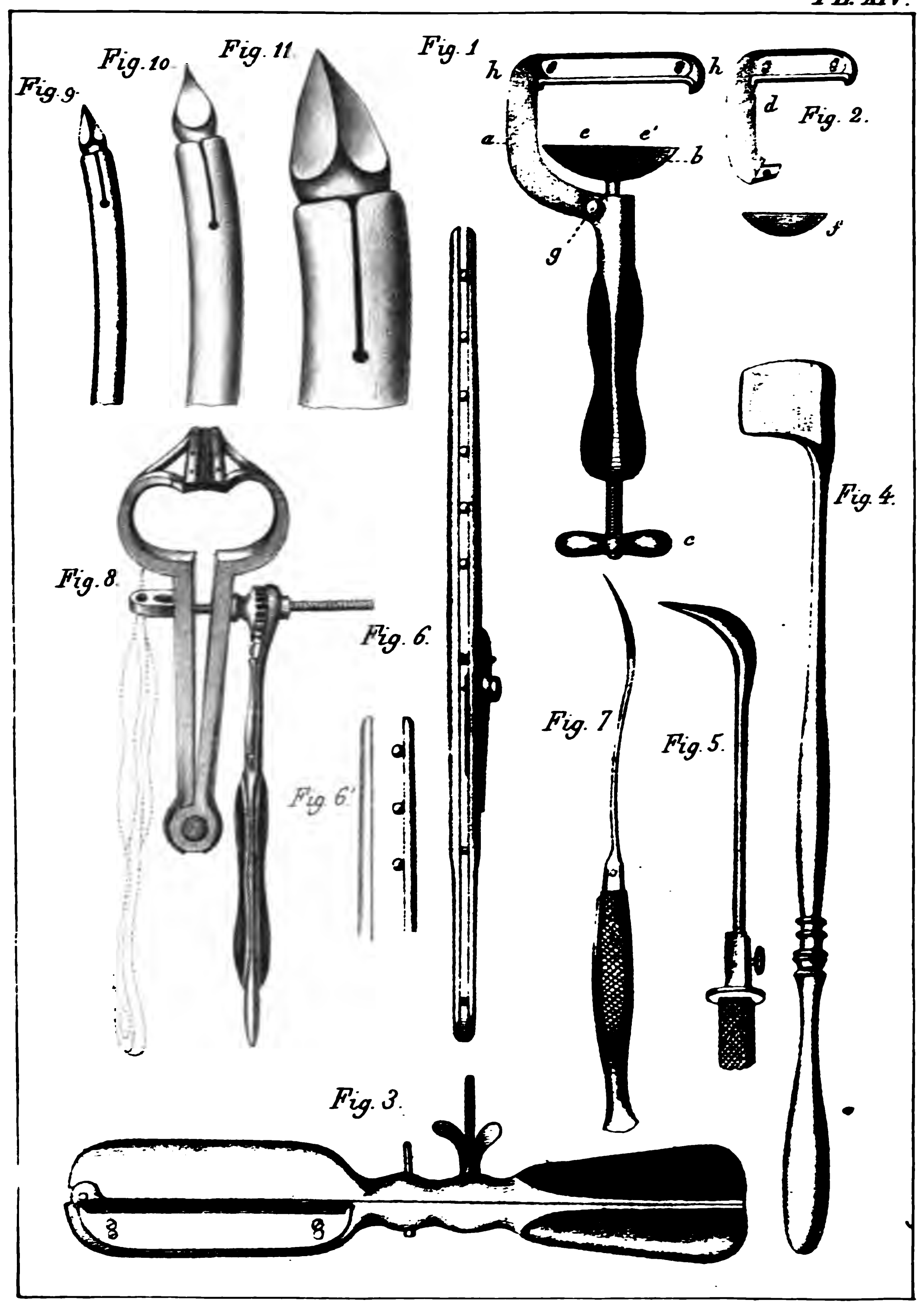
(*Ibid.*, pl. XIII, fig. 2.)

FIG. 8. Clamp à étau de Péan pour le morcellement des tumeurs fibreuses.

(D'après Péan, deuxième édition, p. 85, fig. 22.)

FIG. 9, 10, 11. Trocarts de Krassowsky de calibres gradués.

(D'après Krassowsky, pl. V, fig. 2, 3, 4.)


Fig. 1
h
h
a
e
e'
b
g
c
d
Fig. 2.
f
Fig. 4.
Fig. 9.
Fig. 10
Fig. 11
Fig. 8
Fig. 6.
Fig. 6'
Fig. 7
Fig. 5.
Fig. 3.

PL. XV.

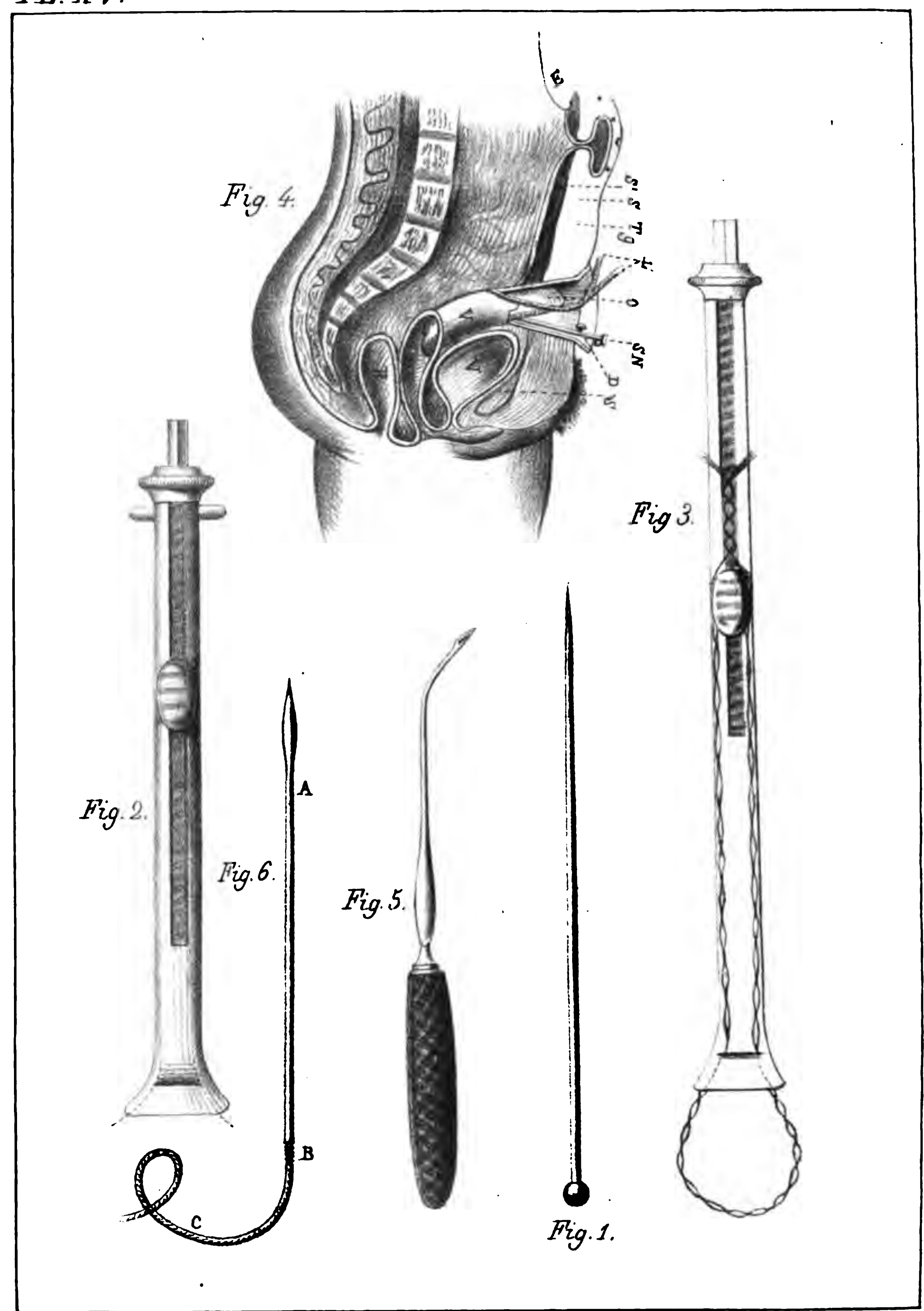


PLANCHE XV.

Fig. 1. Aiguille Péan destinée à maintenir le pédicule.

(D'après Péan, *loc. cit.*, deuxième édit. p. 31).

Fig. 2. Serre-nœud d'E. Kœberlé.

Fig. 3. Le même, muni d'une anse de fil métallique.

(D'après Kœberlé, *loc. cit.*, pl. IV, fig. 4 et fig. 5 et Churchill, *loc. cit.*, fig. 177 et 178).

Fig. 4. Coupe schématique destinée à montrer la disposition des parties et l'appareil après l'opération.

E. Epiploon.

S. Sutures superficielles; S'. Sutures profondes ne comprenant pas le péritoine.

l. Ligatures de l'épiploon, *l'* ligatures des ovaires.

O. Ovaire droit.

S. N. Serre-nœud.

U. Utérus, V. Vessie, R. Rectum, S. Symphyse pubienne.

D. Dilatateur.

T. G. Tissu graisseux de la paroi abdominale dont la partie incisée est comprise entre deux lignes ponctuées.

(D'après Kœberlé, *loc. cit.*, pl. 1, fig. 2).

Fig. 5. *Aiguille à manche* de Péan munie d'un chas spécial et servant à faire passer les cordes de chanvre.

Fig. 6 *Aiguille à vis* de Péan. A. Partie en forme de lance. B. Trou taraudé pour recevoir les cordes en fil de fer C.

PLANCHE XVI.

Fig. 1. Pince serre-pédicule de Mathieu.

A. Triangle à angles arrondis.

B. Branche formant le croissant.

C. Crémaillère qui sert à fixer l'instrument.

Fig. 2. *Id.* Second modèle. A. Coulisseau ou pêne mobile.

B. B. Cliquets.

C. Branche coudée de manière à former le triangle.

D. Vis qui fixe la crémaillère.

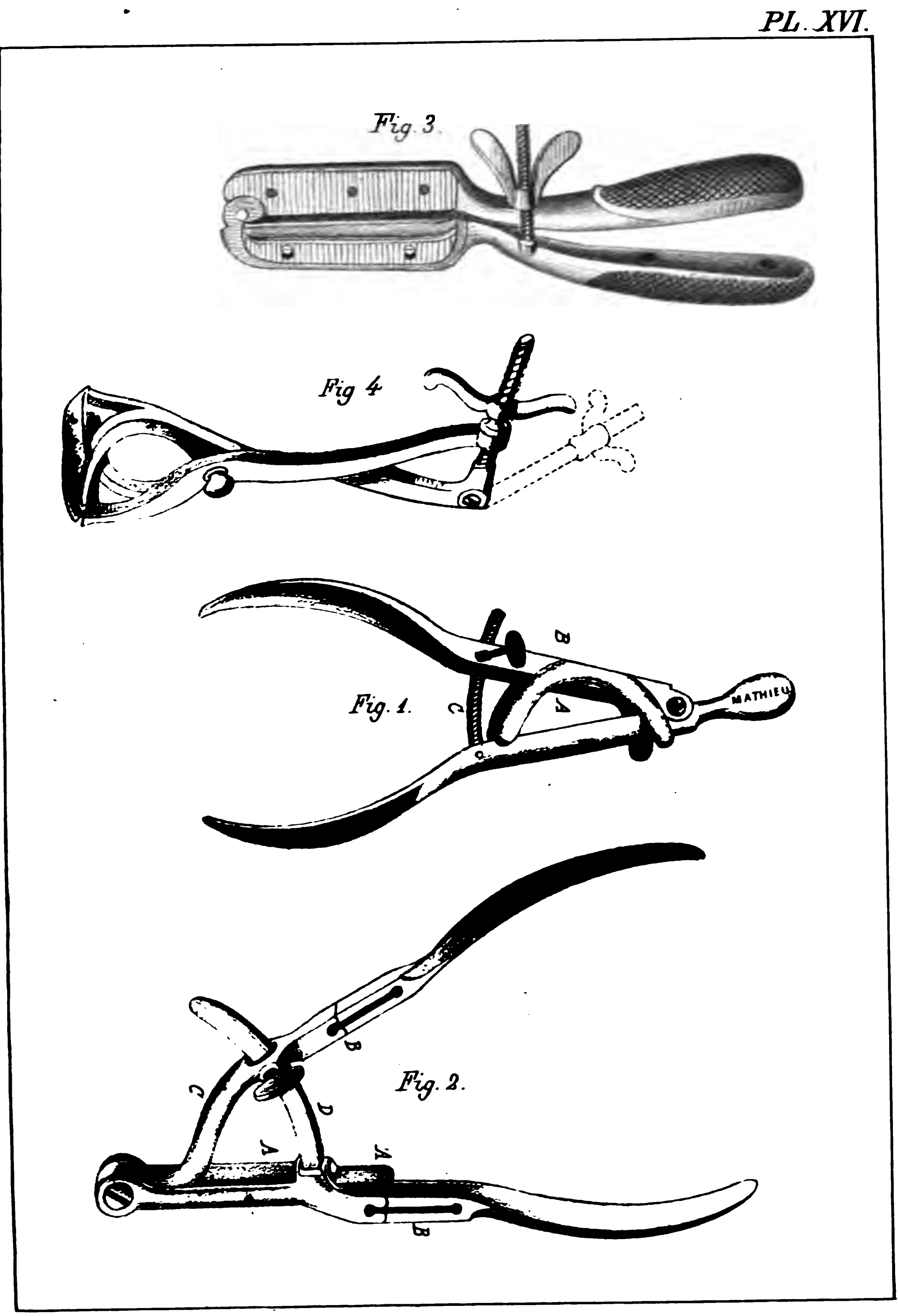
(D'après Churchill, *loc. cit.*, p. 644 et 645, fig. 174 et 175. Voir aussi Péan, *loc. cit.*, deuxième édition, p. 30, fig. 3. et *Gazette hebdomadaire*, 1862, p. 103, fig. 2 ; *ibid.*, 1863, p. 108, fig. 2.)

Fig. 3. *Clamp à cautérisation de Péan.* Ne diffère du clamp droit de B. Brown que par la courbure imprimée à son milieu, pour le porter plus profondément dans les cavités.

Fig. 4. *Ibid.,* Instrument remarquable par sa puissance et sa légèreté.

(D'après Péan, *loc. cit.*, p. 67, fig. 15 et 16).

PL. XVI.



PL. XVII.

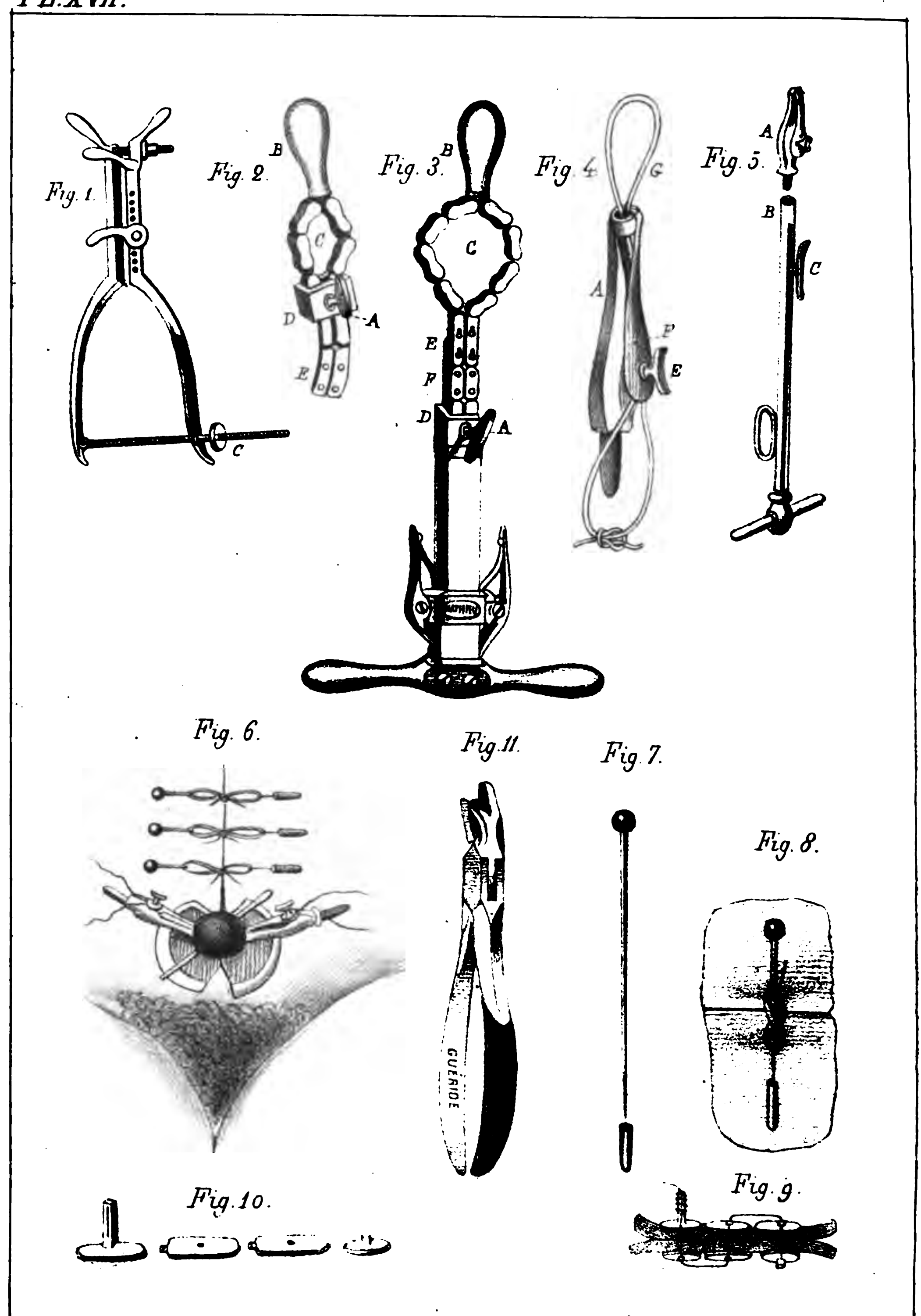


Fig. 1.
C
Fig. 2.
B
C
D
A
E
Fig. 3.
B
C
E
F
D
A
Fig. 4.
G
A
F
E
Fig. 5.
A
B
C
Fig. 6.
Fig. 11.
GUÉRIDE
Fig. 7.
Fig. 8.
Fig. 9.
Fig. 10.

PLANCHE XVII.

Fig. 1. *Pince à pression parallèle de Charrière.*

(D'après la *Gazette hebdomadaire*, 1862, fig. 5, p. 139).

Fig. 2. et 3. Clamp à chaîne ou à écrasement linéaire de *Mathieu;* on voit qu'après l'application de la chaîne, l'appareil à traction peut en être détaché.

(D'après Péan, *loc. cit.*, 2e édit. fig. 25, p. 119).

Fig. 4 et 5. *Clamp à corde métallique de Guéride.*

Après constriction suffisante, on fixe la corde à l'aide de la clef E, puis on retire le treuil BC. Il ne reste au niveau de la plaie que la partie A, légère et peu volumineuse.

(D'après Péan, *loc. cit.*, 2e édit., fig. 11, p. 53).

Fig. 6. Clamps Guéride avec valves de plomb.

Longues épingles pour la suture superficielle. Leur pointe se cache dans un petit tube de verre.

(D'après Péan, *loc. cit.*, 2e édit., fig. 12, p. 54).

Fig. 7 et 8. Longues épingles de Péan pour la suture superficielle.

(D'après Péan, *loc. cit.*, fig. 19, p. 70).

Fig. 9 et 10. Chevilles à suture de Péan.

(D'après Péan, *loc. cit.*, fig. 5, p. 32).

Fig. 11. Pinces de Guéride pour tirer sur les cordes métalliques et les couper au besoin.

PLANCHE XVIII.

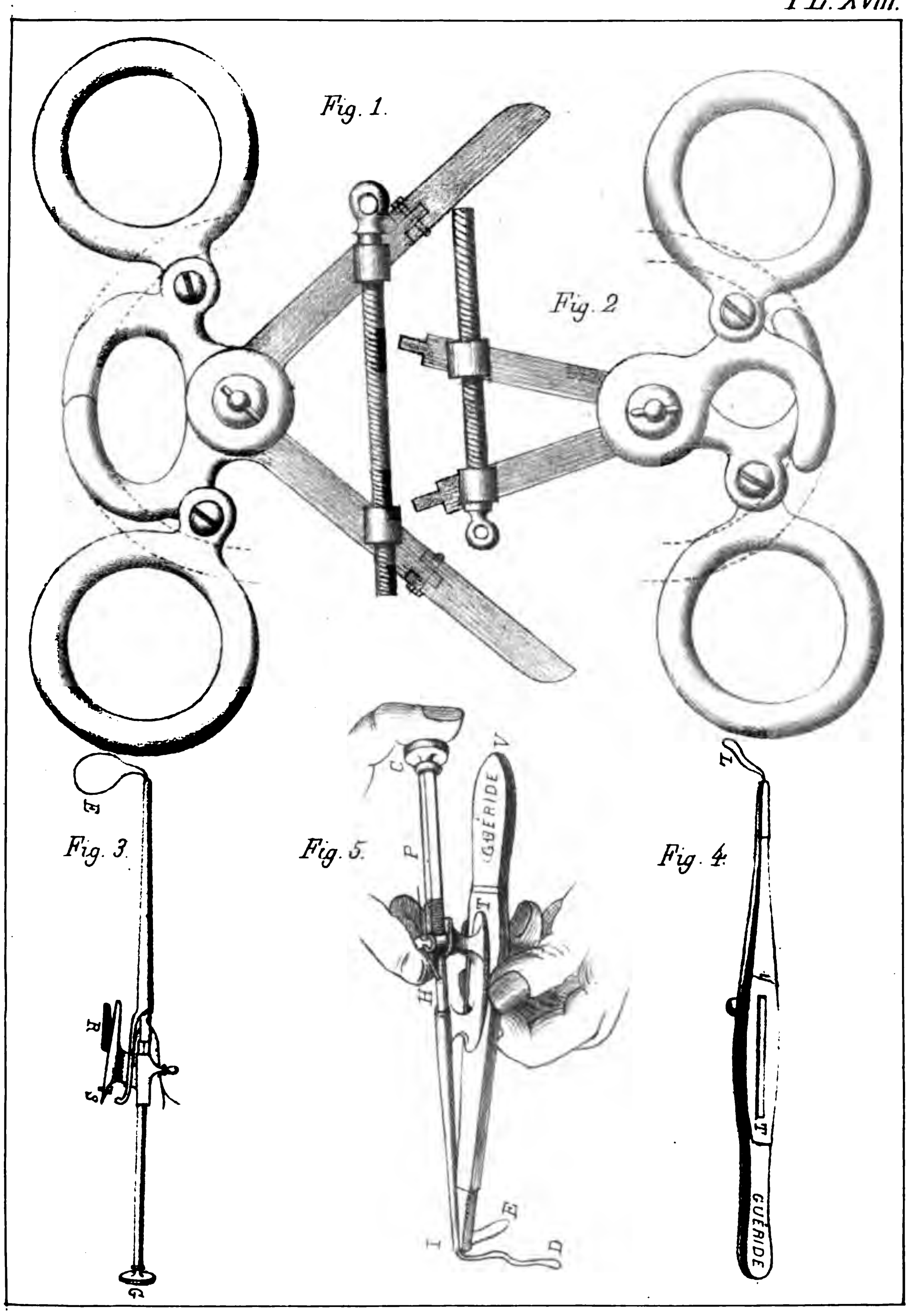
Fig. 1 et 2. Constricteur circulaire de E. Kœberlé, représenté complètement ouvert et partiellement fermé.

(D'après Kœberlé, *Opérations d'ovariotomie*, pl. IV, fig. 7).

Fig. 3 et 4. Pince et ligateur automatique du docteur Cintrat.

Fig. 5. Disposition des mains de l'opérateur pour manœuvrer l'instrument.

(D'après Péan, *loc cit.*, fig. 17 et 18, p. 68).


Fig. 1.
Fig. 2
Fig. 3.
Fig. 5.
Fig. 4.
GUÉRIDE
GUÉRIDE

PL. XIX

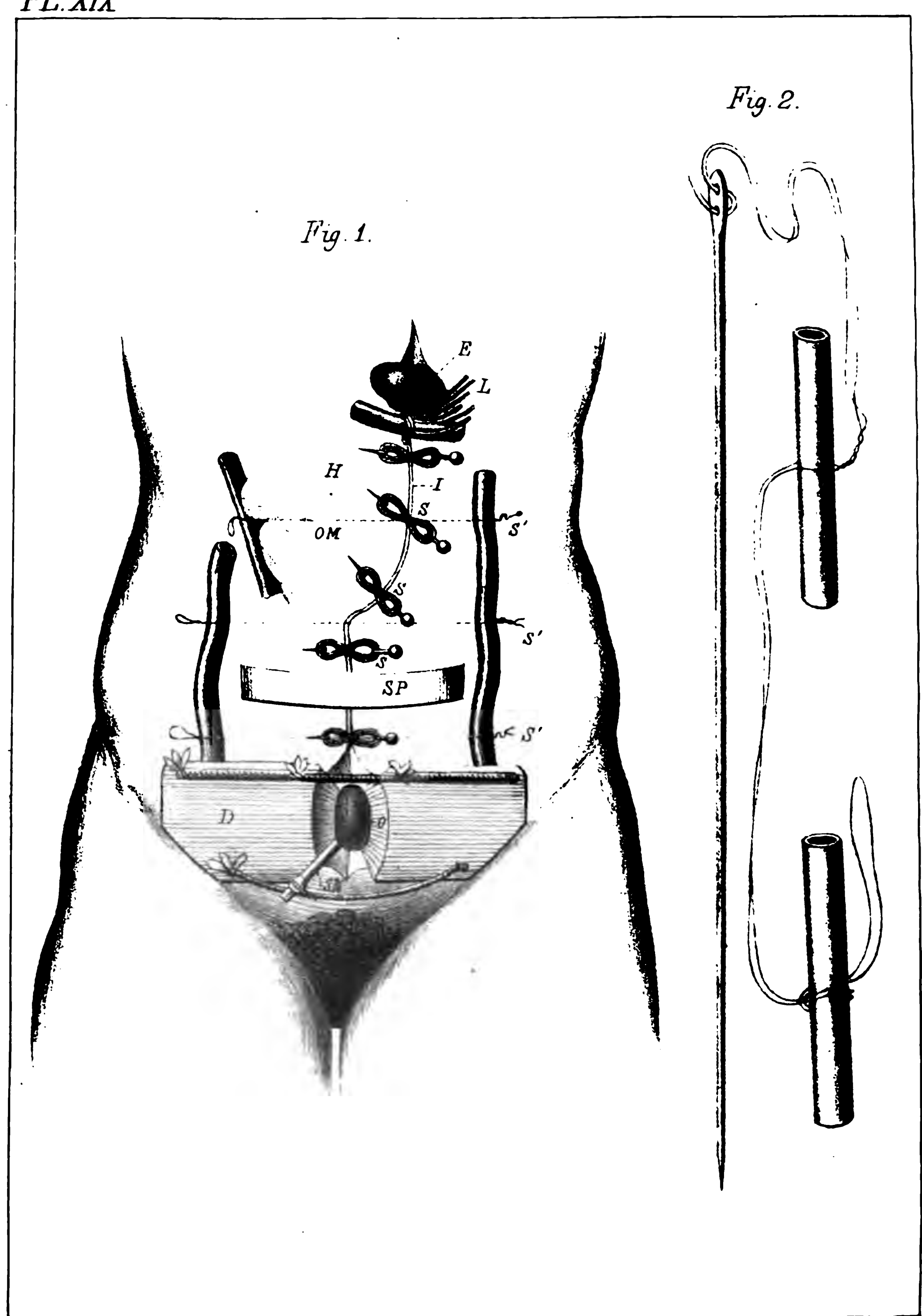


PLANCHE XIX.

Fig. 1. Appareil dilatateur et serre-nœud de Kœberlé.

I. Incision.

E. Épiploon et O. ovaire momifié.

S. Sutures superficielles ; S', sutures profondes; SP suture au sparadrap.

L. Ligatures épiploïques.

SN. Serre-nœud.

H. Hernie ombilicale.

Om. Ombilic.

D. Dilatateur en plomb.

Fig. 2. Aiguille en forme de trocart de Kœberlé, représentée munie d'un double fil de fer entortillé autour de deux morceaux de sonde de gomme, pour montrer la manière de disposer les fils métalliques d'une épaisseur de 0^{mm},3.

(D'après Kœberlé, *loc. cit.*, pl. V, fig. 1).

PLANCHE XX.

Disposition des parties après la suture de Kœberlé.

I. Incision.

SS. Suture superficielle, SP. Sutures profondes.

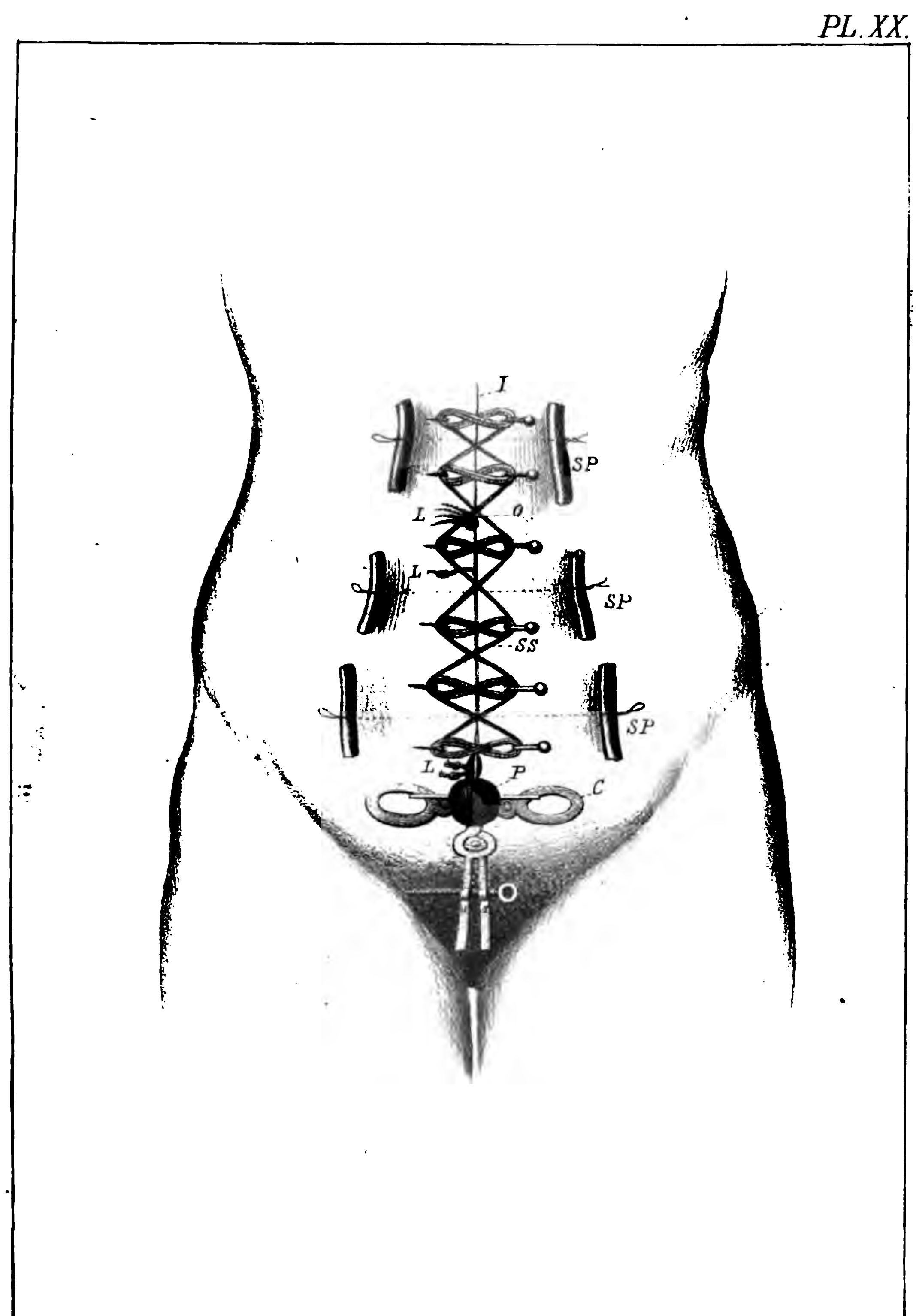
P. Pédicule de la tumeur ovarique traversé par une tige d'acier.

C. Constricteur étreignant le pédicule.

O. Ombilic.

l,l. Ligatures.

(D'après Kœberlé, *loc cit.*, pl. V, fig. 2).


I
SP
L
O
L
SP
SS
SP
L
P
C
O

PL. XXI.

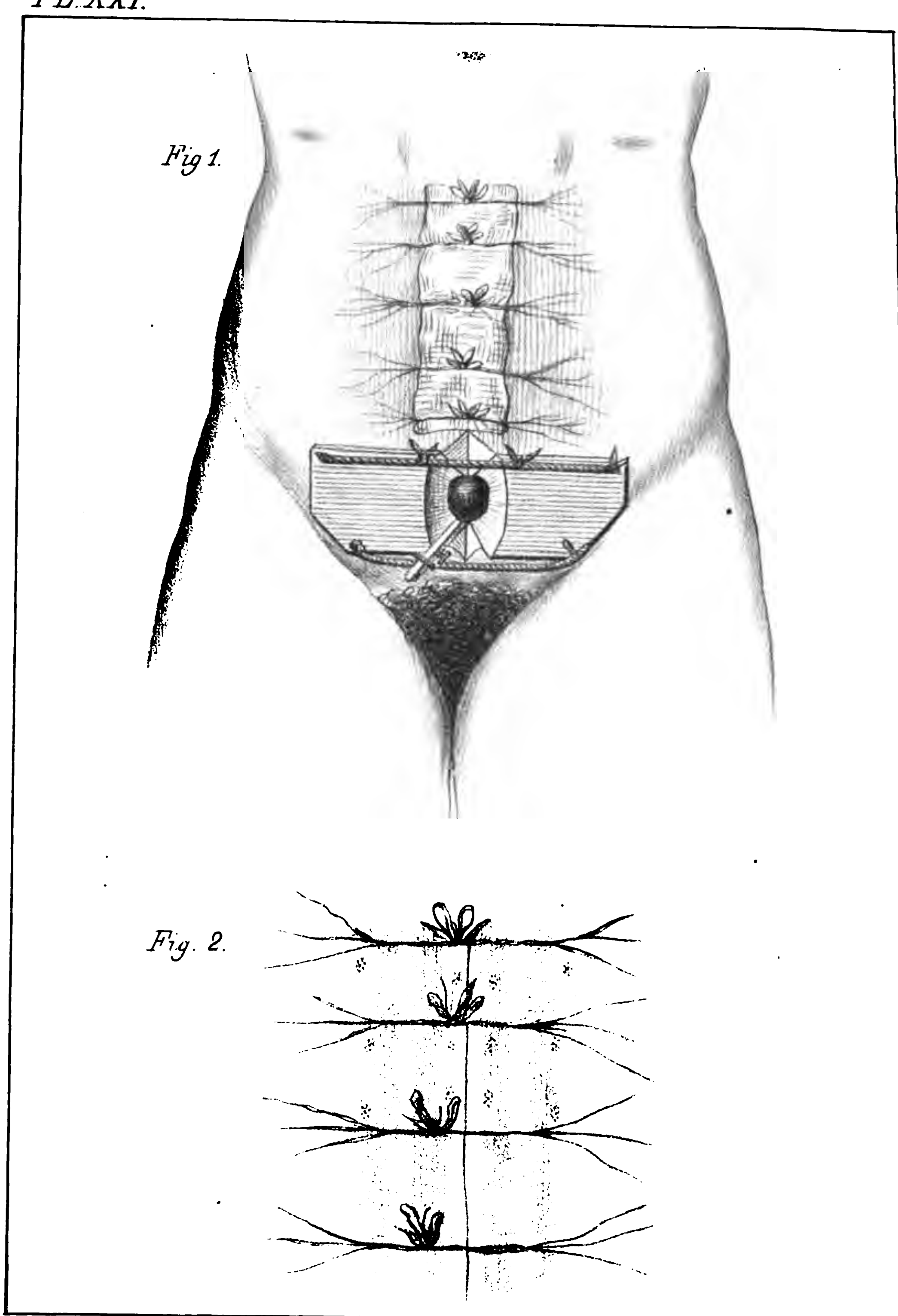


PLANCHE XXI.

FIG. 1 et FIG. 2. Sutures sèches au collodion de Kœberlé.

(D'après Kœberlé, *opérations d'ovariotomie*, pl. II. fig. 1 et pl. III, fig. 3).

PLANCHE XXII.

Fig. 1. Détachement des adhérences pariétales avec le bord cubital de la main.

(D'après Krassowsky, *loc. cit.*, pl. VI, fig. 2).

Fig. 2. Double hydropisie enkystée.

(D'après Krassowsky, *loc. cit.*, p. 46, fig. 2).

Les kystes des deux ovaires sont presque de même grandeur.

Le kyste de l'ovaire droit, composé de six parties : *a, b, c, d, f, g,* occupe la cavité pelvienne, la région hypogastrique droite et la région ombilicale. La plus grande poche est située dans la partie moyenne de l'abdomen.

Le kyste de l'ovaire gauche, composé de trois parties : *h, k, l,* avait envahi les régions rénale, hypogastrique gauche et épigastrique par sa poche principale contigue avec la surface supérieure du kyste droit.

De sorte que les grandes poches *a, l,* des deux kystes étaient en contact intime et avaient l'air de n'en former qu'une seule.

m, n, o. Anses intestinales disposées entre les kystes.

P. Point correspondant à l'ombilic.

W. Appendice xyphoïde.

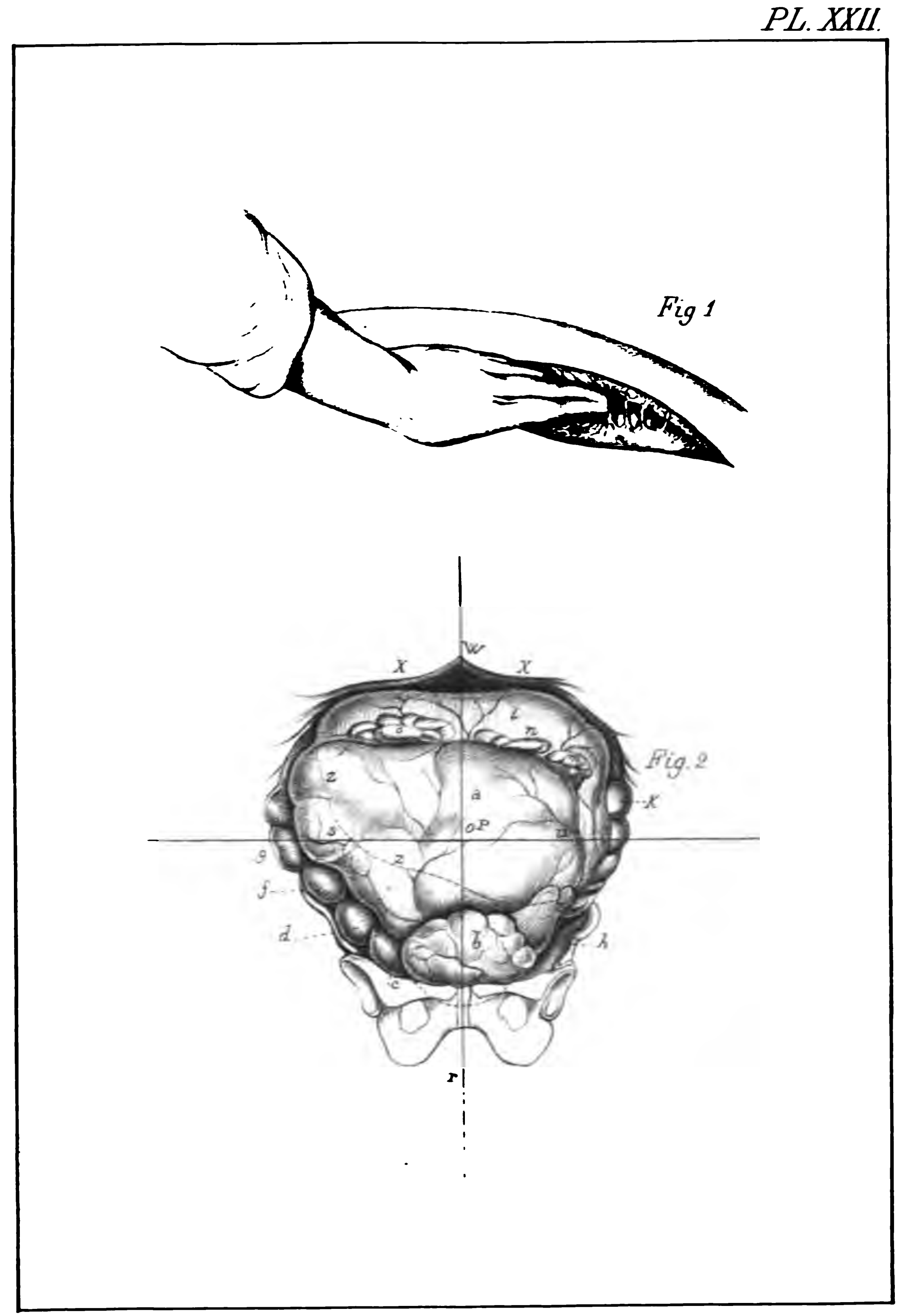
w, P, *r*. Ligne verticale tirée de l'appendice xyphoïde à la symphyse par l'ombilic.

s, u. Ligne transversale, à peu près horizontale, passant également par l'ombilic.

x, x. Diaphragme.

z, z, z. Limites du kyste gauche.

PL. XXII.



PL. XXIII

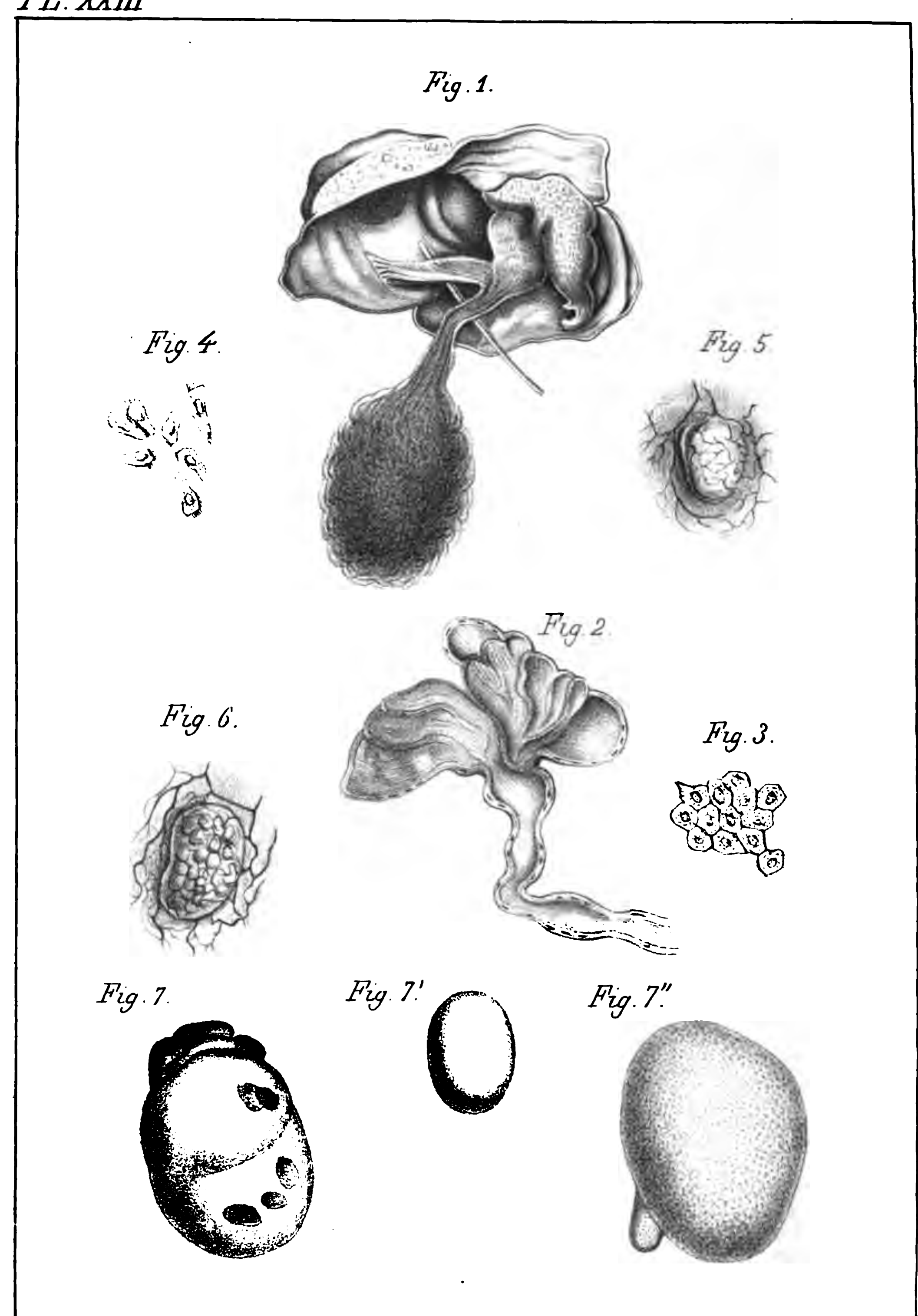


PLANCHE XXIII.

Fig. 1. Kyste ovarique contenant des cheveux, de la matière grasse, du tissu adipeux, des glandes sébacées, des follicules pileux, etc., (d'après Cruveilhier et Courty, *maladies de l'utérus*, p. 624, fig. 214).

Fig. 2. Anse capillaire terminale de la membrane interne du grand kyste, présentant sur son trajet des dilatations sacciformes.

Fig. 3. Epithélium pavimenteux appartenant à la surface interne ou cavité du grand kyste. Ces cellules sont assez régulièrement polyédriques, un peu granuleuses, avec un noyau central, ovalaire, dans lequel on voit un ou deux nucléoles.

Fig. 4. Cellules d'épithélium prismatique à cils vibratils, trouvées également à la surface interne ou cavité du grand kyste, mêlées aux cellules d'épithélium pavimenteux.

Fig. 5. Kyste simple à contenu liquide, vu à un grossissement de 20 diamètres. Ce kyste est composé d'une membrane unique, fermée de toutes parts, et contenant un liquide très-fluide, transparent et légèrement coloré en jaune. A la base du kyste existe un réseau capillaire très-riche, donnant des ramifications qui s'étendent vers sa périphérie pour lui former un véritable filet.

Fig. 6. Kyste composé, ou à corpuscules multiples, vu à un grossissement de 20 diamètres. Il est composé également d'une membrane unique, transparente, fermée de toutes parts, et contenant un grand nombre de petites masses gélatiniformes, presque transparentes, très-variables de formes. A la base existe le même réseau capillaire avec la disposition signalée pour le kyste précédent.

Fig. 7. Une des masses gélatiniformes renfermées dans le kyste que nous venons de décrire. Elle est formée de deux masses plus volumineuses, lesquelles en contiennent, dans leur intérieur, plusieurs autres plus petites, de forme ovalaire ou arrondie. A la périphérie en existaient d'autres plus ou moins volumineuses, disposées en forme de bourgeons : grossissement 200 diamètres.

Fig. 7^1. Une autre petite masse ou corpuscule gélatiniforme, isolée, unique, de forme ovalaire et légèrement granuleuse.

Fig. 7^2. Une troisième masse ou corpuscule, plus granuleuse que la précédente, présentant à sa périphérie une autre petite masse qui naît par *gemmation* ou *succulation*.

(D'après Herrera-Vegas, pl. 2).

PLANCHE XXIV.

Fig. 1. Représente l'utérus et ses annexes, avec un grand kyste développé dans le ligament large du côté gauche, et relié à l'extrémité externe de l'ovaire du même côté, au moyen d'une expansion fibreuse E. On voit sur la surface du grand kyste un riche réseau de vaisseaux sanguins, procédant des troncs vasculaires du ligament large.

O *g*. Ovaire gauche. Cet organe est entièrement libre du kyste.

E. Expansion fibreuse reliant le grand kyste à l'ovaire gauche.

P *g*. Pavillon de la trompe gauche.

T *g*. Trompe gauche.

T *d*. Trompe droite.

O *d*. Ovaire droit.

P *d*. Pavillon de la trompe droite.

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Petits kystes développés sur le trajet de la trompe droite et à la surface du grand kyste.

(D'après Herrera-Vegas, pl. 1).

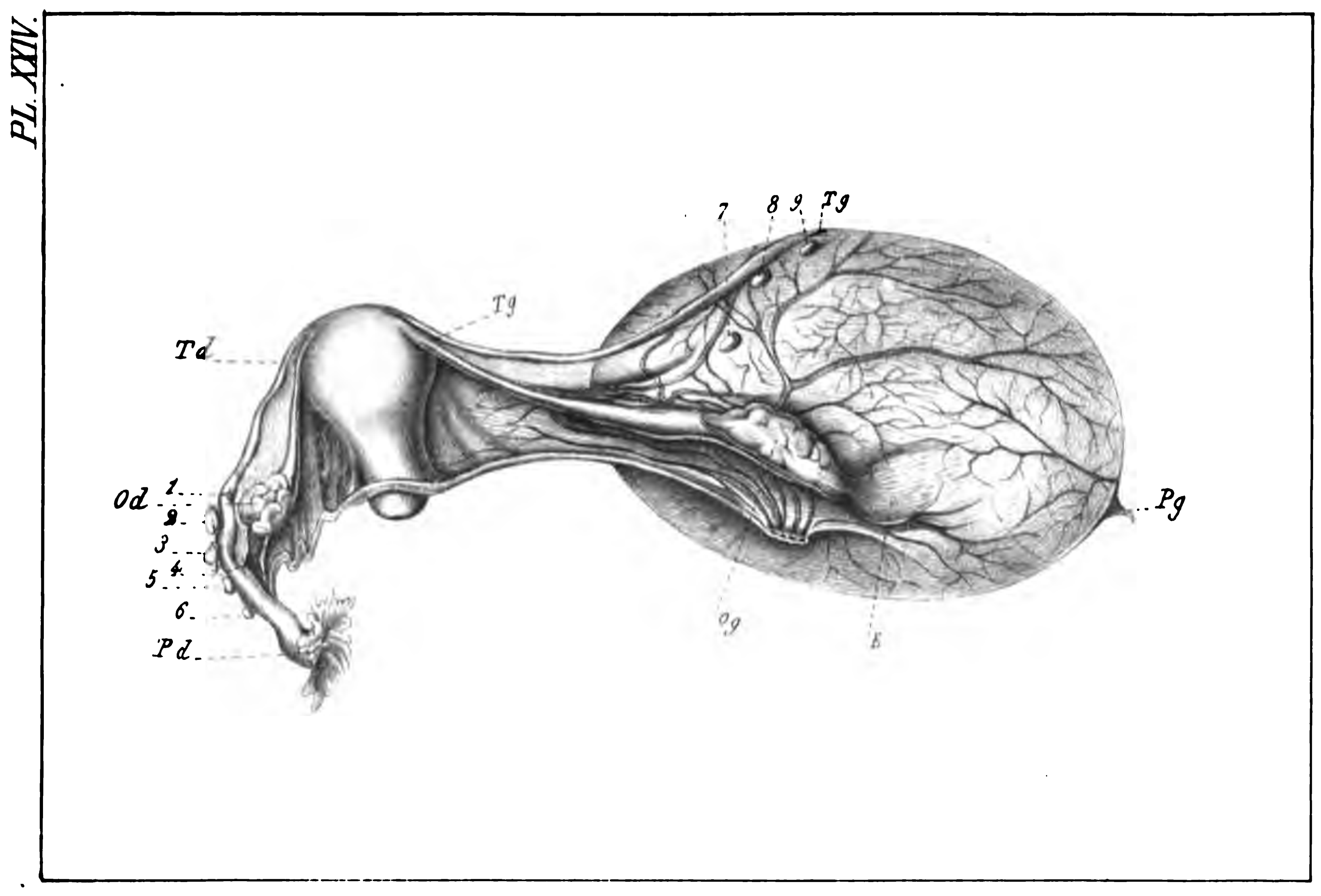

7
8
9
Tg
Tg
Td
Od
1
2
3
4
5
6
Pd
Og
E
Pg

TABLE DES MATIÈRES.

TITRE III.

TITRE IV.

TITRE V.

TITRE VI.

TITRE VII.

TITRE VIII.

TITRE IX.

TITRE X.

APPENDICE.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

INDEX PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DES NOMS DES AUTEURS CONSULTÉS (1).

(1) *Beitrag zur Diagnost. der organisch. Krankh. des Unterleibs. Med. chir. Zeit.*, 1826 IVe Bd.
(2) *Lond. med. Gaz.*, 1837, (rupture du kyste).
(3) *Maladies de l'abdomen*, in *Clinique médicale*, quatrième édition, t. I et II (Diagnostic), 1839.
(4) *Note sur l'ovariotomie* Académie des sciences de Paris. Séance du 28 janvier, 1867.
(5) En anglais.
(6) En allemand.
(7) V. encore : *Cases of ovariot.—Amer. Journ. of med. sc.*, octob., p. 429, apr., p. 371, jun., p. 99, 1870.

(1) *The physical Diagnosis of the Diseases of abdom.* Lond., 1852.
(2) *Anal. pract.* PAULI BARBETTI *chirurgia. — Amsterdam*, 1693, avec fig.
(3) Ovariotomie chez une fille de 6 ans et huit mois : guérison. *Lyon médical*, 1872.
(4) *Ovariotomie. Wiener med. Wochenschr.*, n° 6, 1870.
(5) *Sequel of a case of successf. ovariotomy. Lancet.* march. 19, 1870.

(1) *Ephem, german.*, déc. II, an. IV, obs. XXXVIII.
(2) *Traité des hydropisies.*
(3) Vier ovariotomien. *Petersb. med. Zeitschr.*, XVI, s. 265.

(1) Les chiffres désignent les pages où le titre des ouvrages ou des articles se trouve indiqué. — En note, nous renseignons les titres non désignés dans le cours de l'ouvrage, ou qui le sont incomplètement.

(1) *Ovariotomie. Rev. méd. chir.* 1848, p. 42. *Diagnosis, pathology and treatment of ovar. tum. Med. T.*, jul. 1851.
(2) *Fibro-cystic disease of the ovary with post mortem examination. Amer. Journ. of med. sc.*, july, 281. 1870.
(3) *Die Leistungen und Forschritte der Medizin in Deutschl. in jahre* 1836. Leipzig, 1837.
(4) *Prælect. acad. in prop. instit.*, t. V, pars II, s. 669.
(5) *Des inconvénients du traitement des kystes de l'ovaire, soit par l'incision, soit par l'application des caustiques et la suppuration. Union médicale*, nos 20, 28, 29, 1870.
(6) *Du traitement des kystes et des tumeurs ovariques*, par le docteur Th. Spencer Wells, traduit et annoté par Th. Bottaro. Paris, 1867.

(1) Trois observations de kyste de l'ovaire, guéris par trois procédés différents. *Mouvement médical*, no 24, 1870.
(2) *Retrospect of med.*, de 1862 à 1868, vol. 47, etc.
(3) *Case of pregnancy associated with. ovarian cystic disease. Lond obstetr. Trans.* XI, p. 263-268, 1870.
(4) *On the Functions of the abdom. and some of the Diagn. Marks of its Diseases Gultstonian. Lectures in the Lond med. Gaz.*, 1833, t. XII.
(5) *On ovariot. Glasg. med. J.*, febr., p. 199, nov., p. 30, 1870.

C.

(1) *Ueber die Natur, Ursach. u. Behandl. der verschied. Art der Wassersucht.*, i. d. *Samml. auserlesen. Abhandl. f. pract. Aerzte*, vol. XVI, S. 422.
(2) *Essai sur la Gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines.* Thèse de Strasbourg, 1868.

(1) *Etude sur l'ovariotomie.* — *Lyon médical*, n° 13, 1870.

D.

(1) *Observation d'hydropisie ascite et d'hydropisie enkystée, traitées par l'injection iodée.* — Thèse de Paris, 1854, n° 165. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1854, tome XVI, p. 11.

(2) *Salzb. med. chir. Zeit.*, 1829, n° 75, (Observation de kyste).

(3) *Des kystes pileux de l'ovaire.* — Thèse de Paris, 1838, n° 122.

(4) *Ovarian tum.* — *Philad. med. and Surg. J. Rep*, apr. 30, 1870.

E.

(1) *Neue Denkschr. der phys. med. Ges. zu Erlangen*, vol. I, p. 223. — (Description d'une dégénérescence rem. de l'utérus et des ovaires).

(1) *Bibliothèque du médecin praticien.*
(2) *Des tum. enkyst. de l'abdomen.— Un médic.* 1849, p. 421.
(3) *Prolabirte ovariumcyste als Geburtshinderniss. Zeitschr. f. Wundärzte und Geburtsh.*, Hft. 2. 1870.
(4) *Ein Beitrag zur Nosologie der Ovarien* (*Hannov. Annal.*, Bd III, Hft 2).

(1) *Katharinenhospital in Stuttgart. Bericht über die aussere Abtheil. Würt. med. Correspondenzbl.* Bd XL, nº 1, s. 2, 1870 (*Opéral. d'ovariot*).
(2) LAWICKY. *Dissert de la paratomia Vilnæ*, 1828. *J. de Graefe*, XII, cahier IV.
(3) *Kyste ovarique. Lyon médical*, nº 9, 1870.
(4) *On account of som. of the most important Diseases peculiar to women.* London. 1819, in-8º.

(1) *A new instrum. for securing the pedicle in the operat. of ovariotomy. Brit. med. J.*, octob. 29, 1870.
(2) *Die ovariotom. in Deutschl. historisch und kritisch. dargestell.* 1870. Leipzig. *Ueber einen Fall von ovariot. Jahrb. d. Dresdener Gesellsch. f. Natur u. Heilk.*, s. 71, 1870.
(3) *Ovariotomy New-Y. med. Gaz.*, march 12, 1870.

(1) *Des précautions à prendre dans l'ovariotomie. Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1871, mars, p. 142.
(2) *Fall von Eierstockscyste complic. mit schwangersch.. Beitr. zur Geburts.* t. 2, 1, s. 95, 1870.
(3) *Ueber Ovariotomie. Inaug. Dissert.* Greifswald, 1869.
(4) *Klin. der Unterleibs-Krank.* Berlin, 1851, in-8°, (2 vol. Diagn.).
(5) *Ovarialtum. Petersb. med. Zeitschr.*, XVII, S. 286, 1870.
(6) *De cystidum ovarii in conceptionem graviditatem partum efficacitate.* Dissertat. Inaug., Berolini, 1864.

(1) *Ovariotomy. — Boston med. and Surg. J.*, apr. 28, 1870.
(2) *Vier ovariotom. — Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 4, 5. 1870.
(3) *Rec. d'observ. sur les cas de grossesses douleuses.* Strasb., 1829.
(4) *Eine erfolgreiche ovariot. — Petersb. med. Zeitschr.*, XVI, S. 262, 1870.

(1) *Ovariotomy. Med.-T.* janl, 18, 1870.
(2) *Ovarian tum. complical. labour. Dubl. Quart. J. of med. sc.*, may 1870.
(3) *Einige Bemerk. ueber das Eierstockcolloid. Rhein Monatsch.*, Bd. III, Hft 2.
(4) *Eine ovariot. mit tödlich. Ausg. Petersb. med. Zeitschr.*, XVII, s. 286, 1870.

L.

(1) *Manuel opératoire de l'ovariotomie.* Paris, 1870.
(2) *Grundriss einer Physick des Lebens*, 1821.

(1) *Fibro-cysticlum. of uter. supposed to be ovarian. — New-Y. med. Rec.* Jan., p. 495, 1870.
(2) *Multiloculair kystengezwel van het regter ovarium Klein celachtig sarcoma ovarii. Nederl Tijdsch voor geneesk.* Afd. I. p. 201 et 381, 1870.
(3) *Eine cystoplegie, welche Vorbeneitungen zur ovariotomie veranlasste. Petersb med Zeitschr.*, XVII, s. 377, 1870.
(4) Ouvrage sur l'ovariotomie adressé à l'Académie impériale de médecine, le 5 septembre 1867.
(5) *Die Eierlocksgeschw. als ursache von Geburtstorungen.*

M.

(1) Ovariotomies (2 opérations, 1 guérison, 1 mort). *Clinic. Rep. of Cases treated in the surg. wards of the Glasgow Royal Infirmary*, from jan. 1, to june 30. *Glasg. med J.*, nov. 1870.
(2) *A peculiar case of ovar. tum. Ovariotomy. Brit. med. J.*, apr. 16, 1870.
(3) *Peritonite acutissima da perfor. spontanea di un cistovario Gaz. clin. dello spedale civico.* Palermo, n° 6.

(1) *Anal du liq. des kystes ovariques*, 1869.
(2) *Loder's J. f. d. Chir.*, vol. III, s. 63 (extirpation).

N.

(1) *Critik ueber* QUITTENBAUM, *de ovarii extirpatione*. Rostok. 1835.
(2) *Traité de pathologie interne*. Paris, 1866.

O.

P.

(1) *Ueber Unterleibsgeschw. mit besonder. Rüksicht auf deren Diagn.* — Wien. med. *Wochenschr.*, 1862, n° 1, 2, 4, 5. 16, 18.
(2) *A practical Treatise on various Diseases of the abdominal viscera*. London, 1806. 1807. (Diagnostic.)
(3) *Anatom. et physiologie de l'ovaire*. Thèse de concours, 1866.

(1) *Encyclop. méthod. part. chir.*, t. II, p. 132.
(2) *Univers. Repertorium der Deutsch. med chir.* Journalistik des 19 Jahrhunderts. Cassel, 1833, s. 175, 176, 311, 312, 366.
(3) *Commentatio de tumoribus in pelvi partum impedientibus.* Heidelbergæ, 1840.

Q.

R.

(1) *Abdom. tum. Phil. med. and Surg. Rep.*, janv. 1, 1870.
(2) *Comment. de ovarii hypertrophiâ.*
(3) *Case of ovarian dropsy. Edinb. med. J.*, March, p. 849, 1870.
(4) *On points to be observed in ovariotomy. Lancet*, febr., 5, 1870.

S.

(1) *De hydrope ovarii.* Gotting, 1762 (Extirpation).
(2) *Ovariotom. mit neuen Klammern. Bayer ärztl. Intellig*, nº 12. 1870.
(3) *Beitr. zur Diagn. der chronisch. Unterleibsgeschw. Arkiv. f. Gynäk.*, 1, s. 415, 1870.

(1) *Chirurg. Wahrnehm.*, s. 228 (Gastrotom.).
(2) SCHMUCKER'S *Journ.*, 1836, nº 42.
(3) *Illustrat. of some of the principal diseases of the ovaria*, their symptoms and treatment to which are perfixed observations on the stricture and functions of these part in the human being and in animals. London, 1830, avec atlas.
(4) *Casus sphacelli ovar. Dissert.*, Upsal, 1768.
(5) *Diagn. der Krank. der Unterleibes.* Erlangen, 1855.

(1) *Sudden death in ovariotom. while the patient was under the influence of chlorof. M. T. and Gaz.*, febr. 26. *Lancet.* febr. 26, 1870.
(2) *Observations sur les accouchements*, t. II, p. 18. In obs. du docteur MACAULEY.
(3) *Ovarian tum. Lancet*, jun. 25, 1870.
(4) *Ueber perforat. der ovarialkystome in die Bauchhöhle. Arch. f. Gynäk.* 1, s. 60, 1870.
Echino. coccus der rechten Niere-Verwechselung mit Ovarialkystom. Ibid., s. 146.
(5) *Arch. für Geburtsh*, vol. 1, cah. 1er (*Diagn.*)
(6) *Ovariotomy Dubl. Quart. J. of med. sc.*, p. 135. feb. 1870.
(7) *Golden rules for the treatment of ovar. diseases.* Boston, 1870.

T.

(1) *Recherches propres à éclairer le diagnostic de certaines maladies.* (*Journal hebdomadaire*, 1830, t. VII, p. 114.)
(2) *A successf. case of ovariotomy.* (*Lancet*, octobre, 8, 1870.)
(3) *Two cases of ovariotomy.* (*Brit. med. Journal*, janv. 22, 1870.)
(4) *Gen. San. ber. der rhein. Med. Collect. f.* 1830. Observation de kystes).
(5) *Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 158.
(6) *Kyste de l'ovaire gauche. Ovariotomie.* (*Presse médicale belge*, nos 27 et 28, 1870.)
(7) *Vaginal ovariotomy. Amer. J. of med sc.*, apr., p. 387, 1870.
(8) *Cancer de l'ovaire. Mouvement médical.* nº 51. 1870. — *De l'ovariotomie* in *Bulletin général de thérapeutique*, 1869, t. 76, pp. 103 et 157.

(1) *On diseases of Women and ovarian inflammation*. London, 1853, in-8°.
(2) *Sul clorato di potassa nel cistovario*. (*Rivist. clin. di Bologna*, décemb. p. 379, 1870.

(1) *Die Epithelialen Eierstocks Geschw., besonders die kystome Arch. f. Gynäk.*, I, s. 252, 1870.
(2) *Case of labour complicated with ovar. disease. Lond. obstetr. Trans.*, XI, p. 196, 1870.
(3) *Ueber Diagnose und Cur der Geschwülste deutsch von Bressler*. Berlin, 1839, p. 148.
(4) *Grosser Ovortaltum. bei einen 12 jächrig Mädch Beitr. zür Geb.*, I, p. 35, 1870.
(5) *Further hosp exper. of ovariot. M. T. and Gaz.*, sept. 3, 1870.
On the Complication of pregnancy with ovarian desease. Lond. obstetr. Trans., XI, p. 251,-263, 1870.

(1) *Case of ovar disease Lond. obstetr. Trans.*, p. 76, 1870.
(1) *Vermis. Schrift.*, 1786, p. 152 (*Gastrotomie*).

FIN.

